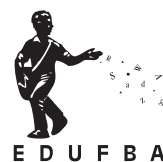


HISTÓRIA DA MEDICINA

Transversalidades e interfaces
entre sociedade, cultura e política

Giulia Engel Accorsi
Eduardo José Farias Borges dos Reis
Ronaldo Ribeiro Jacobina
Rosa Maria Guimarães de Almeida Calado
Silvio Romero da Silva Lorangeira Junior
Organizadores

Volume 4



O quarto volume da série História da Medicina aborda temas transversais à Medicina articulados a contextos sociais, culturais e políticos. É possível mergulhar em temáticas que contextualizam a saúde a partir de aspectos pouco óbvios, porém muito importantes para o posicionamento na história e o entendimento dos conceitos ampliados de saúde e processos de adoecimento. Entre os temas explora-se a relação entre Medicina e arte, literatura, religião e espiritualidade, ideologia e política e construção identitária. Além disso, os capítulos permitem que o(a) leitor(a) reflita sobre as articulações entre Medicina e esporte, avanços tecnológicos, mercado de trabalho, bioética e sua produção científica. Sem o objetivo de esgotar os temas que permeiam a Medicina, o presente volume intenciona provocar, entusiasmar e entreter o(a) leitor(a). Foi com esse intuito principal que a obra reuniu professores, estudantes e colaboradores enquanto autores de textos instigantes, de leitura fácil e que trazem excelentes reflexões.

HISTÓRIA DA MEDICINA

Transversalidades e interfaces
entre sociedade, cultura e política

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

REITOR

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

VICE-REITOR

Penildon Silva Filho



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA

Susane Santos Barros

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo

HISTÓRIA DA MEDICINA

Transversalidades e interfaces
entre sociedade, cultura e política

Giulia Engel Accorsi
Eduardo José Farias Borges dos Reis
Ronaldo Ribeiro Jacobina
Rosa Maria Guimarães de Almeida Calado
Silvio Romero da Silva Lorangeira Junior

Organizadores

Volume **4**

Salvador
Edufba
2022

2022, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba.

Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Analista editorial: *Mariana Rios*

Coordenação gráfica: *Edson Sales*

Coordenação de produção: *Gabriela Nascimento*

Capa e projeto gráfico: *Gabriela Nascimento*

Editoração e arte-final: *Rodrigo Oyarzábal Schlabit*

Ilustração da capa: *Jussara Silva*

Revisão: *Aline Silva Santos*

Normalização: *Sandra Batista*

Sistema Universitário de Bibliotecas – UFBA

H673 História da medicina : transversalidades e interfaces entre sociedade, cultura e política / Giulia Engel Accorsi ... [et al.], organizadores. - Salvador: EDUFBA, 2022.
463 p. : il. – (História da medicina ; v. 4)

ISBN: 978-65-5630-407-6

1. Medicina – Bahia - História. 2. Medicina – Aspectos sociais.
3. Medicina – Aspectos religiosos. 4. Medicina – Aspectos políticos.
I. Accorsi, Giulia Engel. II. Título.

CDU: 61(813.8)

Elaborada por Geovana Soares Lira CRB-5: BA-001975/O

Editora filiada à:



EDUFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n – Campus de Ondina

CEP 40170-115 – Salvador – Bahia Tel: +55 (71) 3283-6164

www.edufba.ufba.br • edufba@ufba.br

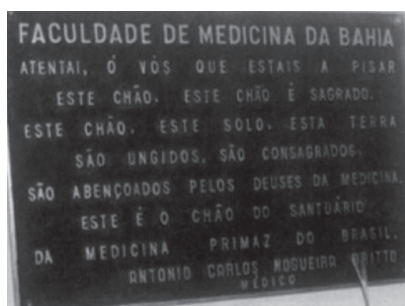
DEDICATÓRIA COM AGRADECIMENTO

Esta série de livros de História da Medicina é dedicado ao professor honorário da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) Antônio Carlos Nogueira Britto, “um dos seus maiores defensores, ferrenho guardião da sua história e glórias”.¹

Doutor Britto recebeu o título na solenidade do bicentenário da FMB. Foi presidente do Instituto Baiano de História da Medicina e Ciências Afins (IBHMCA), onde ocupa a cadeira seis, cujo patrono é prof. João Baptista dos Anjos. Entre seus muitos escritos históricos, destaca-se o livro *A Medicina baiana nas brumas do passado* (2002), que reúne muitas das suas pesquisas com descobertas originais. A foto deste livro está no *site* da biblioteca da Universidade de Stanford, EUA. E o livro está disponível na Biblioteca Gonçalo Moniz na FMB/UFBA no Terreiro de Jesus. Lá, na sede da escola *mater* da Medicina brasileira tem uma placa no anfiteatro Alfredo Britto com suas belas palavras para o bicentenário:

Atentai, ó vós que estais a pisar este chão. Este chão é sagrado. Este chão, este solo, esta terra, são ungidos, são consagrados, são abençoados pelos deuses da Medicina. Este é o chão do Santuário da Medicina, Primaz do Brasil.

Antônio Carlos Nogueira Brito – médico, 18 de fevereiro de 2008



Fonte: elaborada pelos autores.

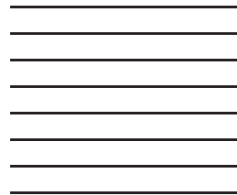
1 Ver em: <http://www.fameb.ufba.br/content/nota-de-pesar-prof-antonio-carlos-nogueira-britto>.

Desde o primeiro semestre em 2013, prof. Britto aceitou participar da disciplina História da Medicina, que, junto com a profa. Almira Vinhaes Dantas, tanto estimulou pela sua criação.

Ele se encantou aos primeiros minutos do dia 26 de setembro de 2021, mas viverá na nossa memória histórica, inclusive tem um capítulo compartilhado com um professor e uma aluna da faculdade, que ele tanto amou. E sobretudo viverá no nosso coração.

Os(as) organizadores(as)

Salvador, 26 de setembro de 2021.

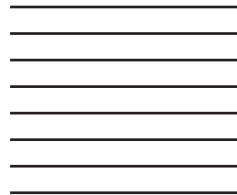


SUMÁRIO

11	Prefácio
15	Apresentação
27	Introdução
29	Arte e Medicina Joice Borges Costa, Flávia de Souza Santos, Gabriel Vitor do Amor Divino de Jesus, Luan Magalhães Araújo Borges, Maria Luiza Castro Cardozo dos Reis e Lísia Marcílio Rabelo
53	Medicina e literatura Bárbara Costa Dacttes Gonçalves, Fernanda Figueiredo Nunes, Gabrielli da Rocha Sotero, Michelle Vilas Boas de Sousa, Pedro Fernandes Abbade e Ernane Nelson Antunes Gusmão
73	O resgate da espiritualidade na saúde Bruna Campos Carvalho Góes, Nágila Karinna Boaventura da Silva, Jéssica Lais Frexeira Nascimento, Marina Evangelista Ferrer, Ellen Fernanda Silva Moura e André Luiz Peixinho

- 91 Afrorreligiosidades e sistemas de saúde**
Daniel Rocha Cavalcante de Farias, Géssica Barbosa da Silva e Silva,
Isabela Cunha Magalhães Costa, Lucas Santana Bahiense Filho,
Rafaela Góes Bispo, Rodrigo Almeida Magalhães Oliveira e
Silvio Romero da Silva Lorangeira Junior
- 109 Saúde, doença e cura nas Escrituras Sagradas**
Ana Carolina Vilasboas Aguiar, Milena Quintela de Alcântara, Rachel Ferraz Lessa,
Sofia Sampaio Paixão, Victória Rodrigues Marta e Ernane Nelson Antunes Gusmão
- 133 As inter-relações entre a Medicina e o judaísmo**
Bianca Santana Rezende, Larissa Carolina Silva Matias,
Rayane Kele Lima de Almeida e Ernane Nelson Antunes Gusmão
- 153 Práticas agronômicas, veterinárias e médicas durante a escravidão
no Brasil: crueldade, resistência e racismo na saúde**
Paulo Gilvane Lopes Pena e Rosa Maria Guimarães de Almeida Calado
- 177 Medicina e ideologia I: interfaces entre nazismo, ditadura
e bolsonarismo**
Filipe Macedo Cordeiro, Jamile Valença Resende Mercês, Julie Matos Boeloni,
Maria Clara Moreira Costa e Walter Gabriel Neves Cruz
- 201 Medicina e ideologia II: a resistência na categoria médica**
Alyssa Doin Siebra, Beatriz Barbosa Viana, Larissa Waltrick da Silva,
Nicole Mariana Gomes D’Oliva e Silvio Romero da Silva Lorangeira Junior
- 225 Medicina e negritude baiana**
Raphael dos Santos Cerqueira, Antonio Wanderson Vieira Goes e
Audrey Marina da Cunha Gouveia
- 251 Saúde indígena: reflexões sobre conhecimentos ancestrais e o
acesso à Medicina**
Samuel de Santana Mota, Rafaela Nery de Araújo,
Gabrielle dos Reis Santos e João Mateus Pereira de Araujo
- 273 “Entrega o seu corpo somente a quem possa carregar”: considerações
sobre o cuidado à saúde de pessoas transgêneras em Salvador**
Vinicius Pereira de Carvalho, Ayla Moraes Vitória Guerra, Laura Soares Gandra,
Fernando Meira de Britto Oliveira, Laura Francisca Moura Santos,
Lindracy Luara Bollis Caliaría e Thaiz de Andrade Pedrosa
- 305 Mulheres e saúde em perspectiva: as lutas na pandemia da covid-19**
Michele Almeida dos Santos, Adrielle Conceição de Castro, Ariana Lopes Cerqueira,
Giovanna Harzer Santana, Lorena Souza Mello Leite, Patrícia Medeiros Schoeller,
Victoria Bastos Rodrigues e Mônica Angelim Gomes de Lima

- 331 Medicina e esporte**
Breno Gabriel Araújo Sampaio de Jesus, Júlia Brito Vieira Thimmig,
Luiza Lopes Cabral Brito, Heliakim Soares dos Santos,
Maria Theresa Corrêa Evangelista, Maria Clara Lopes Almeida Santos e
Wellington Fernando de Almeida Mendonça
- 351 Medicina e mercado de trabalho**
José Gabriel Sampaio Sales Filho, Alan Gualberto de Souza de Freitas de Pinho,
Allan Botura Brennecke, Bruno Araujo de Jesus e Ricardo Gaspar Loureiro Filho
- 373 Os avanços tecnológicos na Medicina contemporânea**
Bárbara Victória Peixoto Lima da Costa, Debora Jamile Pereira da Silva,
Hederson Gabriel Santos de Jesus, Laisse Antonia Cardoso de Souza,
Larissa Alves Fernandes e Mileide Souza Lima de Almeida
- 391 Bioética e judicialização da Medicina**
Manuelle de Souza Barreto, Mariana Moura Costa, Tomaz Mattedi Carvalho,
Vanessa Catarine da Silva, Vinicius Santos Pereira Moreira,
Silvio Romero da Silva Lorangeira Junior e Camila Vasconcelos de Oliveira
- 411 A formação científica na Faculdade de Medicina da Bahia**
Caio José Torres Marques, Daniel Barroso de Andrade,
Daniel Oliveira Medina da Silva, Gustavo Santos Araújo,
Larrie Rabelo Laporte, Murilo de Souza Carneiro,
Pedro Fernandes Abbade e Ângela Marisa de Aquino Miranda-Scippa
- 441 CRÔNICA: Dom Quixote de Berimbau**
Ronaldo Ribeiro Jacobina
- 455 Sobre os(as) autores(as)**



PREFÁCIO

Olival Freire Junior

Professor titular do Instituto de Física da UFBA

Pesquisador CNPq em História das Ciências

Os quatro volumes sobre a História da Medicina ora publicados pela Editora da Universidade Federal da Bahia (Edufba) constituem obra de fôlego intelectual que chama a atenção do leitor tanto pelo conteúdo quanto pelo seu processo de produção, o qual envolveu centenas de autores e mobilização de alunos e professores ao longo da conjuntura adversa da pandemia do coronavírus, resultando tudo na produção de cerca de 2 mil páginas de trabalhos dedicados à história da Medicina e de suas múltiplas conexões, em geral e na Bahia.

Desses quatro volumes intitulados em comum como História da Medicina, tenho a honra de prefaciar o quarto, o qual tem como subtítulo Transversalidades e Interfaces Entre Sociedade, Cultura e Política. Antes de prosseguir na apresentação deste volume, creio que seria apropriado nos perguntarmos sobre o sentido

mesmo de um livro sobre história da Medicina, o que nos remete ao problema do sentido da história, do tempo, passado e presente em especial, e da memória. Para os ansiosos e imediatistas pós-modernos, histórias podem parecer no máximo uma diversão, quando não uma perda de tempo. Não se dão conta de que desde tempos imemoriais dependemos de histórias e de estórias para atribuir sentido às nossas próprias existências. Não quero aqui usar argumento de autoridade, o que implicaria em mostrar como História da Saúde e da Medicina é campo bem definido da história. Quero me apoiar aqui, como ilustração, nas reflexões do médico e escritor Pedro Nava (1903-1984). Pode se pensar que Nava não valorizava a história, se nos atemos a sua frase famosa, “A experiência é um farol de carro voltado para trás”. Mas cabe lembrar que esta afirmativa era seguida de um sentimento de consternação: “Geralmente nos pedem muitos conselhos e eles não são seguidos”. De fato, Nava sabia do valor do passado, e por isto foi um memorialista. Ele escreveu memórias, memórias de sua infância, muitas vezes revestida da forma de contos, de contos de fadas. É que para ele, “o que chamamos Tempo – passado, presente, mesmo sua dimensão futura – é apenas fabricação da memória”. Assim, ao valorizar esta dimensão do passado que pode reconstruir nosso presente, ele afirmou, pouco antes de desaparecer, em um programa televisivo, segundo lembrança de Cassiano Machado (2000): “O passado, por exemplo, tem uma existência que não é fixa. Uma informação de algo que se passou em 1933 pode modificar o modo de conduzir as coisas daqui para diante.” Reflexões similares foram feitas pelo conhecido historiador Jacques Le Goff. Como nos lembra Maria Alice Gabriel (2017), Le Goff defendia a afirmativa, seguindo Paul Veyne, segundo a qual a história é como um conto, uma narração, mas um conto de acontecimentos verdadeiros. Se precisamos das histórias para atribuir sentido ao nosso presente, e se as histórias podem mudar a nossa inserção no presente, os profissionais da Medicina certamente precisam de histórias para lhes conferir identidades nestes tempos difíceis de exercício dessa missão. Cabe, ademais, lembrar que identidades são móveis, bastaria lembrar que a escravidão já foi parte da identidade brasileira, e que a história pode informar a constituição dessas identidades em transformação.

A história da produção destes volumes remonta a 2013, quando foi aprovada a proposição do prof. Ronaldo Ribeiro Jacobina de criação do componente optativo História da Medicina da UFBA, e teve continuidade quando o prof. Eduardo Borges dos Reis se associou a esta iniciativa. Mais recentemente, contudo, aparece o maior traço de originalidade dessa coleção. Ao invés da solução editorial usual, em que os professores escrevem, isolados ou em colaboração, os livros-textos, Jacobina e Reis optaram por uma produção coletiva envolvendo outros colegas e os próprios estudantes. Essa história está bem descrita no seção “Um início sem fim”. O resultado foi surpreendente. Deste quarto volume, os organizadores

são Giulia Engel Accorsi, Eduardo José Farias Borges dos Reis, Ronaldo Ribeiro Jacobina, Rosa Maria Calado, Thais Carmona e Silvio Romero Lorangeira. Ao final, como verdadeiro efeito de bola de neve, temos quase 400 autores dos quatro volumes.

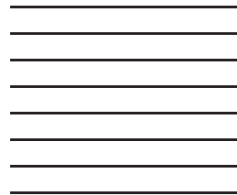
O conteúdo deste quarto volume foi mais diversificado, pois os organizadores tinham ambições elevadas e não queriam deixar de cobrir dimensões que consideravam relevante para a história da prática da Medicina. Assim é que, sem aqui apresentar uma descrição completa, o volume cobre tópicos tais como: a formação científica na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Bioética e judicialização da Medicina, os avanços tecnológicos na Medicina contemporânea, Medicina e mercado de trabalho e Medicina e esporte. Tais tópicos, alguns diriam mais tradicionais, aparecem ao lado de outros tópicos, igualmente relevantes na prática da Medicina, como dirão aqueles que bem conhecem a complexidade do mister da Medicina, envolvendo assuntos como: saúde indígena, saúde de pessoas transgêneros, mulheres e saúde no contexto da pandemia, Medicina e negritude na Bahia, Medicina, ideologia e resistência entre médicos e médicas, Medicina e ideologia, Medicina e sua prática no contexto da escravidão, além de tópicos referentes à Medicina e tradições religiosas, assim como Medicina, arte e literatura. Cabe notar que os capítulos sobre tradições religiosas não são difusão de credos, mesmo que ecumênicos pela variedade de credos; o que se buscou foi ver o que essas tradições dizem sobre a saúde.

Voltando ao sentido da história, este volume é um alerta de que a boa prática da Medicina não pode estar isolada de vários outros componentes que configuram a diversidade e a complexidade da experiência humana. Temos, portanto, boas razões para parabenizar os professores e estudantes que dedicaram energias à pesquisa, à escrita, e à publicação dessa valiosa obra sobre a história da Medicina.

REFERÊNCIAS

GABRIEL, M. A. R. Contos de fadas da memória em Baú de ossos, de Pedro Nava, lugares do literário. *Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea*, Brasília, DF, n. 50, p. 67-83, jan./abr. 2017.

MACHADO, C. E. TV Cultura abre a arca do memorialista Pedro Nava. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 13 jan. 2000.



APRESENTAÇÃO

UM INÍCIO SEM FIM

Este livro tem história!

Se toda produção humana tem sua história, a deste livro precisa obrigatoriamente ser contada, na missão do seu entendimento e da sua verdadeira dimensão.

Este livro será acompanhado por outros três, que possuem, praticamente, uma história única. Eles quatro são o início de um grande projeto, a construção de uma série de livros sobre a história da Medicina pela Editora da Universidade Federal da Bahia (Edufba), conforme aprovação pela Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia no dia 1º de junho de 2021.

Como quase sempre acontece em alguns processos, uma coisa leva a outra, sem uma noção precisa de onde a coisa vai chegar e foi assim que tudo se deu na construção desses quatro livros. Pois bem, vamos ao seu começo.

A existência do componente curricular optativo História da Medicina na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), criado e coordenado em 2013 pelo prof. Ronaldo Jacobina e, em 2018, o prof. Eduardo Borges dos Reis se agrega à disciplina. No decorrer do tempo, foi surgindo a necessidade de enfatizar naquele componente a riquíssima história da Medicina baiana, com os seus acervos, fatos, relatos, contos, histórias e estórias. Um mosaico tentador e, mais que isso, fundamental documentar e divulgar. Mas onde encontrar tal material didático? Imperioso descobrir e construir esse caminho para quem pretende ministrar e expandir um curso decente de História da Medicina, com ênfase na Bahia.

Que tal construirmos o nosso próprio material didático, aproveitando de outras experiências exitosas de construção de livros que os professores deste componente aprenderam a fazer no decorrer dos anos? A memória viva estava presente com pelo menos três produções acadêmicas: 1) *A Faculdade de Medicina da Bahia: mais de 200 anos de pioneirismos* (2015), do prof. Ronaldo Jacobina e outros organizadores; 2) *Entre olhares e vivências no Alto das Pombas: educação em saúde em um bairro popular*, (2020), dos professores Eduardo Borges dos Reis, Ronaldo Jacobina e outros coordenadores e 3) *Abraçando o SUS: educação em saúde na comunidade do Alto das Pombas* (2022), do prof. Eduardo Borges dos Reis e outros colaboradores. Deve-se observar que todos estes três livros tinham a marca da participação ativa dos estudantes de Medicina, tanto na coordenação, quanto na autoria. Assim, aquela primitiva indagação, a de uma produção do material didático próprio, foi como num fio de novelo, que desvenda os demais. Que material seria este? Que temas específicos abordar? Quem vai fazer e por onde começar?

Como qualquer componente/disciplina/matéria/curso, existe um conteúdo básico que é ofertado todo semestre e o nosso curso História da Medicina não é diferente. De imediato, tínhamos em torno de 15 a 17 temas oferecidos semestralmente.

Mas quem vai fazer? Obviamente, os professores. Mas, dois professores que estavam tocando o componente teriam tempo, conhecimento, aprofundamento e disposição para tal empreitada? Certamente que grandes dificuldades teriam pela frente. Mais, provavelmente, outras tarefas urgentes iriam se sobrepor no decorrer daquelas vidas acadêmicas tão atribuladas, até inviabilizar completamente aquele sonho.

E se contassem com os parceiros de sempre? De onde mesmo? Do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS)? Mesmo sendo o componente História da Medicina pertencente ao DMPS, sabemos a diversidade de questões e tarefas acadêmicas labutadas pelos nossos queridos docentes no campo amplo que é a Saúde Pública. A História da Medicina pode ser considerada pertencente ao campo da Saúde Pública, todavia, possui uma especificidade profunda, quase se tornando autônomo daquele campo de saberes e práticas. Além do mais, como citado, o nosso departamento tem a responsabilidade por mais de dez componentes obrigatórios, na graduação e na pós-graduação, em que todos os seus membros são obrigados a ministrar. Certamente não caberia tornar obrigatória essa construção para os membros do DMPS ao tempo em que seria importante envolver outros docentes da FMB.

Com estas interrogações, partimos para uma possibilidade mais próxima e, assim, aparentemente, mais viável: o apoio dos monitores e dos alunos que estavam ou que cursaram recentemente o nosso componente História da Medicina.

Por outro lado, é salutar contextualizar as transformações internas que vinha passando o curso. O componente História da Medicina nos últimos dois anos, quase o tempo da pandemia de covid-19, além de adotar a modalidade remota, anteriormente já vinha ampliando as vagas, passando de 10/14 para 33 vagas e também ampliando o número de monitores, de um para seis ou sete monitores. Modificamos também os conteúdos, se aproximando de temas mais baianos da história da Medicina, juntamente com uma dinâmica pedagógica com mais debates, com convidados externos e aulas expositivas. Ou seja, profundas transformações vinham acontecendo, de conteúdo, de modalidade, de riqueza humana envolvidas nesse componente. Esse manancial humano, técnico e político pedagógico certamente foram também o inusitado fermento para o início de um sonho de construir um livro didático próprio.

Assim foi pensado, a princípio, em convidar os monitores e os alunos que se destacavam naquele componente para obrar aquele pequeno livro de História da Medicina, com ênfase na Bahia, baseado no que vinha se passando, principalmente, com as mudanças temáticas internas. Deve-se abrir um pequeno parêntese, para poder seguir adiante.

O DMPS tem, na maior parte de sua existência, uma tradição de ser um espaço democrático, possibilitando formas de viabilizar decisões bem discutidas e deliberadas, com participação de todos e de formas horizontais. Agrega também demandas de temas e de diversos atores sociais. Entre estes atores, os estudantes de Medicina e a sua principal organização dentro da faculdade, o Diretório Acadêmico de Medicina (Damed), sempre foram parceiros essenciais.

Este projeto de construir um livro didático, contando, inicialmente, com a participação de dois professores e de alguns alunos (monitores e dos que estavam cursando ou cursaram o componente), e pela tradição democrática do departamento, de imediato, possibilitaria não só ter uma equipe para viabilizar o projeto, como também, por parte dos alunos a ocupação de espaço de poder na concepção, na organização e divisão das tarefas na construção daquele projeto. E uma das instâncias de poder mais forte de um livro coletivo, como a realidade daquele processo se impunha, é a coordenação do livro. Logo ocupada por duas estudantes monitoras, Rosa Calado e Thais Carmona, que democraticamente decidiam em pé de igualdade os rumos e organizações do livro, juntamente com aqueles dois professores.

A participação democrática dos estudantes no livro, como continuará se observando no decorrer desta apresentação, não só aconteceu na ocupação da coordenação. Ela também se dará e irradiará, por todo o seu espaço, revolucionando dialeticamente tudo que diz respeito àquele sonho. Como é isso?

No processo de composição das equipes, de atribuições de papéis e tarefas, de escolhas dos capítulos foi se conformando um processo muito horizontal nas relações, potencializando novas práticas e ideais. E o projeto inicial vai se reconfigurando, tomando uma ampliação do que era antes, com novas imagens e cores, sempre movida pela “força da juventude” e do desmesurado tamanho do que esta força pode gerar.

Assim, em concomitância, entra em cena a figura de Giulia Accorsi. Giulia, por algum destino da vida, aporta na Bahia, ainda no período de doutoranda de História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro. Bate na porta do departamento, solicitando realizar o tirocínio docente no componente História da Medicina. Nova, e de sangue novo numa área de conhecimento (História da Saúde), trazia grandes novidades e tensões saudáveis para a História da Medicina, uma área mais restrita, segundo ela, de ver a saúde. Giulia teve papel decisivo e encorajador para realizar o projeto do livro.

Com agregação de novos componentes para coordenar e participar de todas as instâncias do livro, gerou-se uma força de imediato para ampliação dos temas/capítulos, passando de 14 a 16, para 32, com novos autores, ampliando aquela ideia de participação de estudantes e monitores da disciplina, para a participação ativa da comunidade estudantil da faculdade. Ou seja, de 20 estudantes iniciais, passaram a ser mais de 80 discentes da faculdade. A “força da juventude” tem dessas coisas, e o papel dos dois docentes, professores Ronaldo e Eduardo, com a doutoranda Giulia, seria não deixar os pés daqueles jovens se afastarem muito do chão. Tarefa nem sempre fácil de cumprir.

Muitos temas foram chegando para os cinco coordenadores e uma fileira de estudantes querendo participar do projeto.

Os temas foram se ampliando, mas mantido a intenção de caberem dentro dos interesses do componente curricular História da Medicina, sempre como ênfase na Bahia, como temos repetido. Temas relacionados à FMB já tinham se estendido, para a história da faculdade, do ensino de Medicina, do protagonismo estudantil, do negro, do feminino. A Genética e as vacinas se abaianaram e tomaram um novo rumo para o livro. A História da Medicina do Trabalho também se abaianou, com ênfase agora nos problemas ocupacionais advindos da instalação do Polo Petroquímico de Camaçari. A Medicina na escravidão não se abaianou, mas tomou a roupagem de Medicina da mão de obra escrava, como política de Medicina ocupacional, de caráter assustadoramente veterinária. E assim por diante, foram havendo incorporações e transformações.

Já naquele momento começamos a ter um incipiente contato com algumas ligas acadêmicas da faculdade, como a de Psiquiatria e Pediatria, bem como uma

liga que estava querendo ser criada, a da Atenção Básica. Componentes das ligas entraram no livro trazendo os seus temas respectivos.

Mas a porta do livro continuava a ser forçada pelos estudantes, abrindo outros caminhos, querendo mais espaço: a história da saúde do índio, Medicina e literatura, Medicina e judaísmo, Medicina na Escritura Sagrada, Medicina e ideologia etc.

No final, um dos coordenadores, professor, lembrou de um conto ficção/realidade feito por ele, na década de 1990, e achava que seria a cereja no bolo para fechar o grandioso livro. Este capítulo viajava na história da Faculdade de Medicina, misturando passado e presente, professores antigos e novos, vivos e mortos, numa situação que realmente existiu, de um ato de racismo dentro da nossa instituição, racismo de um professor sobre um funcionário. O título de “O Sábio e o Verme”, fechou a conta e se tornou o 32º capítulo.

Para finalizar essa primeira etapa da história do livro, uma questão merece ser abordada. Tudo o que se relatou até agora, a não ser um certo protagonismo inicial dos dois professores, teve como ênfase a participação ativa dos estudantes de Medicina da FMB, que praticamente tomaram conta do livro. E onde ficam os mais de 230 professores daquela faculdade?

Devemos confessar, em público, que a princípio, tínhamos receio que a participação dos docentes como autores inibisse a criatividade, espontaneidade e o processo de aprendizado de construção do livro pelos estudantes. Por consenso e inconsciente, já tínhamos firmado esse compromisso. O nosso receio era que o poder docente, a forma vertical de se relacionar, o conhecimento acumulado ao longo dos anos, fossem uma força motriz implacável. Naquele projeto, especificamente, queríamos contar com a “fragilidade” dos alunos e não com a sabedoria dos professores. Pensamos no papel dos professores como “orientadores” de um grupo de estudantes por capítulo, evitando ser o professor o dono do capítulo. Por outro lado, não queríamos ser totalmente ingênuos, sabíamos que, na dose correta, o educador teria o seu papel essencial na realização do projeto.

Antecipando o balanço da questão anterior, tivemos, no geral, como queríamos, uma participação mais “tímida” dos docentes, com algumas exceções, e a experiência dos alunos no processo de produzir uma obra, tão esperada, foi alcançada.

UM LIVRO DIDÁTICO, MAS COM UMA CARA LITERÁRIA

Um outro ponto que desejávamos era que o livro se aproximasse mais de uma obra literária do que uma obra científica. Calma!

Não queríamos a rigidez de uma revista científica, principalmente quanto aos roteiros dos itens (introdução, metodologia, objetivos, resultados e discussão) e as inundações de citações bibliográficas, tão necessárias, mas que quebram a leitura fluida de uma escrita. Queríamos poesias, sons, cores, falas, fragilidades e grandiosidades humanas. Queríamos a iniciação dos alunos de Medicina entre Medicina e arte, ciência e cultura, vida e vida ou vida e morte. Gostaríamos de uma aproximação com o conto, de uma história médica bem contada, gostosa de se ler e de refletir. Por isso pedíamos muitas entrevistas, relatos de vida. Desejávamos um pouco de história e estória, onde os narradores e entrevistados pudessem navegar em outros mares, da subjetividade, da memória emotiva, e até, da não história. Nessa proposta, os capítulos foram evidenciando diferentes abordagens e peculiaridades de escrita.

Mas nunca, na medida do possível, nos afastamos da ciência e dos seus métodos e padrões científicos. Pois, estamos cientes que estamos dentro da Faculdade de Medicina, onde a formação e prática médica se baseiam na ciência.

UMA NOVA MUDANÇA NO DESTINO DO LIVRO

Um livro, 5 coordenadores, 80 e tantos autores, 32 capítulos e um destino. Pensávamos que estaria encerrada esta etapa. O livro começou a ser produzido intensamente, com todos os sonhos e mãos, com um movimento que causava um certo burburinho dentro da faculdade, que ganhava densidade ao longo do tempo. Foram trabalhos intensos, ultrapassando períodos letivos e férias. Entretanto, numa etapa mais avançada, observamos que precisaríamos de ajuda na coordenação, o tamanho da empreitada tinha ficado além da conta. Procuramos a nossa primeira diretora mulher da Faculdade de Medicina, a profa. Lorene Pinto, que já vinha participando do projeto de forma leve, dando sugestões, orientando alguns alunos, mas por motivos de ter outras demandas fortes e urgentes, recusou diversas vezes o cargo de coordenadora do livro. Entretanto, como guerreira, e em tempo de guerra, não fugiu às responsabilidades e ao último convite.

Todavia a incorporação da profa. Lorene trouxe de forma bem engraçada, quase trágica, um desdobramento que nunca imaginávamos que poderia acontecer naquela altura do campeonato. Ela, a partir da vasta experiência de coordenar por anos a *Revista Baiana de Saúde Pública*, ao se debruçar com o material do livro, se encantou e deslumbrou que este poderia se transformar em outros, de forma temática, no mínimo mais dois ou três ou quatro livros, em vez de um. Ficamos assustados, mas depois do susto achávamos, infelizmente ou felizmente, que ela tinha razão. Tínhamos um material denso, diverso, que poderia dialogar entre si, talvez melhor, se fosse separado tematicamente, em livros. Só que, com isso,

outros temas poderiam ou deveriam ser incorporados para dar coesão a nova proposta. Outros temas, outros alunos, outros professores orientadores... muito mais trabalho. Meu Deus!

Pensamos, de início, em dois livros. O primeiro, voltado para questões da faculdade e um outro, o segundo, seria de temas transversais, com afinidades e temas próximos ou pertencentes à Medicina. Lacunas foram se achando ao longo do caminho, tanto para ampliar temas condizentes, como dificuldades de encaixar alguns capítulos relativos às especialidades médicas, vindo das três ligas. Além disso, os 700 estudantes da faculdade que ficaram de fora, queriam participar. E os estudantes, da coordenação e de autoria dos capítulos, colocavam mais lenha na fogueira, achando, solidariamente, que era possível contemplar tais pleitos. E os pobres quatro professores (Giulia já assumia um papel de verdadeira docente neste livro), de espírito juvenil, estavam susceptíveis também às reivindicações dos estudantes.

O principal canal de clamor era as ligas acadêmicas da faculdade, que queriam e precisavam participar. São mais de 30 ligas e um contingente imensurável de alunos. O que fazer? Os próprios alunos do livro se dispuseram a conversar com todas as ligas. Em que livro colocar? Vamos criar o livro três.

Depois de algum tempo e da maioria das ligas confirmarem entusiasticamente a participação, observou-se que eram muitos capítulos para o livro três. E também as ligas eram bastante diversas, com objetos diferentes. Vamos criar mais um livro! O primeiro, seria Generalidades e História da Faculdades; o segundo, Especialidades Clínicas; o terceiro, Cirurgias e Clínicas de Apoio Diagnósticos e por fim, o quarto, Contextos e Transversalidades Médicas.

E assim ficou a proposta de lançar quatro livros de vez.

Mentimos: o prof. Ronaldo Jacobina tinha um livro na fila da Edufba, encaixado praticamente por três anos, mais altamente relevante, que ele reivindicou ser o primeiro ou o quinto livro. O livro tratava-se do *Bicentenário da Faculdade de Medicina*. Aprovada a sugestão, mas necessário viabilizar um sonho que crescia a todo instante.

Como pode-se ver, quatro ou cinco livros a serem lançados, ia nascendo a incipiente ideia daqueles livros pertencerem a uma série de livros sobre a história da Medicina. Como materializar tudo isso?

Como desdobramento imediato, sabíamos que a estrutura montada para coordenar um livro era totalmente insuficiente para os seis coordenadores. Para onde apontar a ampliação da coordenação: professores e/ou alunos? Preferimos continuar no caminho da juventude. Quais alunos e quantos alunos escolher? Alunos que vinham se destacando como liderança de cada capítulo. Quantos? O neces-

sário para cumprir a tarefa de coordenar e como eram estudantes, um número pequeno, para desenvolver a capacidade/habilidade de coordenação.

Paralelamente, buscamos uma interlocução com a profa. Flávia Goulart Rosa, diretora da Edufba, para dialogar sobre a mudança do projeto, sua viabilidade, o custo e a forma de financiamento deste.

A profa. Flávia foi receptiva, abraçando o projeto. Mais: colocando o apoio para uma perspectiva maior: concretizar aquela tímida proposta da série de livros da história da Medicina. Nos pediu que fosse lançada a proposta para a Faculdade de Medicina aprovar e, que da parte da Edufba, teria o incentivo e apoio. Ou seja, tudo virou de pernas para o ar: de um livro, para quatro ou cinco, depois para uma série. Mas agora tínhamos um sonho completo, de formato inacabado, uma coisa grandiosa e sem fim, que poderíamos levar dentro dos corações, passando de coração em coração por toda a eternidade.

ASSEMBLEIA GERAL DOS AUTORES E CAPACITAÇÕES

Uma demanda que surgiu durante as reuniões de planejamento do primeiro livro foi que existiam estudantes de diversos semestres, vários do primeiro e estudantes de outros semestres que tiveram a oportunidade de trabalhar na produção de um capítulo de livro pela primeira vez. Essa inexperiência inicial, somada a diversas dúvidas de como produzir um texto adequado para o formato dos livros, alimentavam insegurança. Os estudantes começavam a criar o fantasma da dúvida sobre sua própria capacidade de escrever. Para que esse fantasma não crescesse e não passasse de uma insegurança natural mediante algo novo, como a primeira vez que se vai à praia e se depara com a imensidão do oceano, foram desenvolvidas capacitações com temas que procuraram suprir essa demanda dos alunos além de reuniões para atualizar as equipes de produção dos capítulos sobre os prazos, sobre o funcionamento da confecção dos capítulos e tirar as dúvidas que surgiram.

Pelo grande número de participantes nas nossas reuniões, muito bem poderíamos nos remeter à semelhança de uma assembleia geral dos autores dos livros. Com o advento da pandemia, aconteceu a necessidade no mundo de avançarmos nas plataformas digitais de reuniões virtuais, propiciando uma expansão qualitativa e quantitativa nunca vista. Na nossa experiência exitosa, sentimos uma sensação maior de pertencimento, não só numericamente, mas na organização, na qualidade da participação e nas intervenções. A primeira reunião geral com os autores, realizada em 14 de dezembro de 2020, foi importante por diversos motivos. O primeiro deles, talvez não tão pragmático, mas de grandiosa importância, funcionando principalmente no campo simbólico como a pedra fundamental do projeto de livros sobre a História da Medicina. O segundo motivo foi apresentar a

primeira versão do documento *Estrutura do Livro* – que se tornou *Estrutura da Série de Livros História da Medicina* assim que o projeto foi ampliado de um volume para uma série de livros. Esse documento contém o eixo central e os objetivos do livro, bem como orientações gerais, normas de publicação e as responsabilidades dos autores. Essa primeira reunião contou com os coordenadores e autores do primeiro livro, e também os professores envolvidos. Em seguida ocorreu a primeira capacitação dos autores com a dra. Giulia Accorsi e a bibliotecária da FMB, Ana Lúcia Albano, que palestraram e tiraram dúvidas referentes à metodologia de busca em fontes históricas e escrita de texto histórico. Devido ao curso da pandemia de covid-19 – na época a vacinação ainda não havia começado no Brasil –, o local desses eventos foi na plataforma digital, totalizando mais de 100 pessoas. Ela foi gravada e serviu de material para os autores dos capítulos novos, após a expansão do projeto para a série de livros.

Uma nova reunião geral foi feita no dia 9 de abril de 2021. Essa reunião foi semelhante à primeira, mas com os autores dos novos capítulos que passaram a compor os livros dois, três e quatro da série. A audiência desse evento *on-line* extrapolou a capacidade da plataforma, sendo necessário abrir duas salas simultâneas e espelhadas para possibilitar que mais de 200 pessoas pudessem assistir ao evento. No dia 23 de abril de 2021 organizamos a capacitação de escrita com a profa. Flávia Goulart Rosa, na qual ela abordou noções gerais e técnicas para escrita acadêmica. Além das reuniões e capacitações, os estudantes contavam com o apoio e suporte dos coordenadores para sanar quaisquer dúvidas referentes à produção dos capítulos. Desse modo, aquele fantasma inicial da insegurança que pairava mostrou-se nada mais que um espectro e tornou-se um frio na barriga pela aventura de escrita de um capítulo de livro de História da Medicina.

OS LIVROS AGORA SÃO DA FACULDADE. MAS QUEM PAGA A CONTA?

Na Faculdade de Medicina, o diretor recebeu também com incentivo a proposta e levou para a congregação deliberar sobre a série de livros da história da Medicina, abrindo o espaço para os coordenadores do projeto. Por unanimidade, os membros aprovaram e jubilaram a iniciativa, manifestando-se que a partir daquele momento a construção da série seria de responsabilidade também da faculdade. Foi um momento histórico e importante e, caso o projeto tenha êxito, este dia ficará registrado na memória da nossa faculdade.

Quanto ao custo e financiamento, é um grande problema. Por sermos somente uma disciplina, e não um grupo de pesquisa e extensão consolidados, com recursos próprios, a busca financeira para viabilizar um projeto dessa magnitude é por demais difícil.

Entre os desafios enfrentados para a produção e execução de um projeto na área da educação está o financiamento. Nesse projeto de livros da História da Medicina, isso não foi diferente. Foi ainda agravado por uma complexa conjuntura de crise sanitária, política, econômica e social com redução de investimentos na educação. Os cortes nos recursos da educação afetaram diversos projetos, pesquisas, bolsas e até mesmo manutenção predial básica das instalações da universidade. Uma alternativa para o financiamento desse projeto dos livros, levantada durante reunião dos coordenadores, foi a de financiamento coletivo (também chamada de “vaquinha digital” ou *crowdfunding*). Essa alternativa, que está crescendo cada vez mais, principalmente em projetos artísticos, culturais e sociais, consiste na arrecadação de recursos financeiros cedidos por pessoas interessadas e que desejam apoiar o projeto, não pôde ser viabilizada pela falta de regulamentação para projetos institucionais no âmbito da universidade.

Apesar de sermos surpreendidos por esse empecilho burocrático, buscamos solucionar com recursos próprios, oriundos das nossas economias, para permitir que mais de 200 estudantes tivessem a oportunidade de experienciar a escrita de um capítulo de livro durante a graduação.

OS DESDOBRAMENTOS E SEUS BALANÇOS

Concomitantemente ao movimento de interlocução com a faculdade, com a Edufba, com a Pró-Reitoria de Planejamento, foi realizada uma grande mobilização com os estudantes, principalmente os do ciclo básico e profissionalizante (primeiro ao oitavo semestre de Medicina), com prioridades para os líderes de ligas acadêmicas. Os novos coordenadores estudantis desempenharam um papel de liderança, realizando contatos e participando de reuniões com as ligas, esclarecendo o que seria a proposta, os critérios de participação.

Podemos dizer que a quase totalidade dos estudantes, de forma democrática e horizontal, foi bem-informada e respondeu esplendorosamente aos convites.

Diante da primeira experiência, quando estávamos fazendo um só livro, com 32 capítulos, aprendemos que era imprescindível delimitar um número máximo de participantes estudantis, para assegurar de fato o trabalho harmonioso e responsável de confecção de cada texto. Decidimos que capítulos não associados às ligas, teriam no máximo sete estudantes; quando envolvia ligas acadêmicas, adotamos o critério de permitir também sete estudantes, mas sendo cinco da liga e os outros dois seriam convidados a participar da escrita, e eles não estariam fazendo parte da liga, incentivando que pelo menos um fosse do primeiro ou do segundo semestre, e o outro, sem acesso a um projeto de pesquisa ou sem publicação até aquele momento. Seria nossa “política de cotas”, buscando um acolhimento dos mais

jovens ingressantes na faculdade e dos que tinham menos chances ou oportunidades acadêmicas. Lembramos que essa orientação explanada teve flexibilizações quando avaliávamos os casos relatados pelos grupos. Abrimos também para participação de alunos de outras faculdades de Medicina, que estavam inseridos na liga da nossa instituição. Entretanto, ao limitar o número máximo de alunos, com estes critérios, temos consciência que vários alunos ficaram de fora, mesmo com muito desejo de se engajarem no projeto. Mas era impossível, humana, acadêmica e pedagogicamente contemplar a totalidade dos interessados. Mesmo assim, foram contemplados mais de 360 alunos, com o total de 391 autores.

A sensação que tivemos durante todo esse processo é de que os alunos queriam entrar na história ao participar da história, história das riquezas daquela instituição bicentenária, história da Medicina baiana, das especialidades, dos temas transversais que atingem a Medicina. Não mero coadjuvante, partícipe invisível, sem papel e sem cor. Um curso médico que ainda é bem precário, desmotivador e até adoecedor e que pouco mantém acesa a chama daqueles jovens. Acho que este projeto pode ser um facho de luz para repensar o cotidiano da nossa faculdade.

Uma das coisas bonitas desse projeto foi o acesso dos estudantes aos profissionais de saúde, a maioria médicos. Com 77 capítulos por fazer sobre a História da Medicina, a maioria deles precisava, e foi por nós incentivada, da realização de entrevistas. Chegamos a ter oito entrevistados num capítulo. E essas entrevistas envolviam desde expoentes da Medicina baiana, com rica produção de pesquisas, de habilidades clínicas e cirúrgicas reconhecidas, até aquele médico não tão famoso, mas com muito por dizer, e disseram coisas do fundo da alma. Os alunos, alguns deles um pouco nervosos, tiveram uma aproximação maior com a Medicina, através daqueles ilustres personagens. E como relatado, não só médicos foram entrevistados, outros atores sociais na área da saúde foram envolvidos por perguntas, com preciosidades de relatos e reflexões, ampliando a concepção de saúde e de outras práticas.

Essa mobilização, como vimos, proporcionou aos estudantes um imensurável processo de aprendizagem na arte de escrever, nos padrões acadêmicos e literários, incentivando sempre a liberdade da escrita, a criatividade, a forma individual de cada grupo por capítulo de se expressar e contar uma história, no mínimo interessante, que emocionasse em lágrimas e sorrisos a si mesmos e aos leitores. Claro que o produto final é importante, mas não temos dúvida da relevância do processo, do caminhar para atingir a meta, e sem alarde, inconfessavelmente, torcíamos mais pelo caminhar.

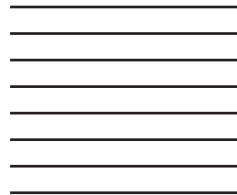
E tudo isso, querido leitor, sob um manto terrível de dor, proporcionada pela implacável pandemia de covid-19. Porém, como bem sabemos da Medicina Social, o vírus não age num ambiente estéril de relações sociais. No caso brasileiro, essas

relações sociais, bem cientes conhecemos, serem imensuravelmente desiguais, injustas e revoltantes. E que piora em formas de pesadelos quando temos um governo com inação, negligência e genocida.

Certamente alguns dos bravos autores destes livros, por covid-19 adoeceram, perderam parentes ou próximos, ou tiveram sequelas. Deve considerar isso na sua leitura, querido leitor, como foi difícil produzir esses livros em tempo de pandemia. Além desta dor, o Memorial de Medicina encontrava-se fechado ao público quando se realizou a confecção desses volumes, também o Arquivo Público da Bahia e outras instituições de pesquisa igualmente estavam fechadas. Com certeza, prejuízos existiram para qualquer trabalho que envolve levantamento de dados históricos. O nosso não foge à regra.

QUAL A POESIA PARA FECHAR ESTA APRESENTAÇÃO?

Sinceramente, a poesia não é só de poetas, é de todos os seres vivos e por enquanto humanos, que tocam a vida em qualquer circunstância. Assim, ela está presente agora, em todos os capítulos desses livros, conduzidos por todos os seus autores e autoras, por todas as linhas e que não cessa no ponto final. Uma boa leitura!



INTRODUÇÃO

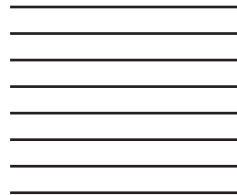
O presente livro surgiu no bojo das discussões trazidas pelo componente História da Medicina (MED B92), oferecido pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Em 2020, a UFBA decidiu por oferecer aos(as) alunos(as) o Semestre Letivo Suplementar (SLS), em vista do contexto da pandemia da covid-19 e da impossibilidade de se realizar aulas presenciais. Os desafios eram muitos – não somente para os(as) professores(as), mas sobretudo para os(as) discentes. O distanciamento físico impõe sofrimento aos seres humanos – isso foi algo aprendido por todo o mundo a partir de 2020. E tal sofrimento reflete-se no ensino de diferentes maneiras. As aulas são, agora, assistidas através de uma tela e a ausência do ambiente físico da sala, onde todos(as) sentam-se juntos(as), inclusive os(as) professores(as), no caso da disciplina História da Medicina, reflete-se em mudanças nas dinâmicas das discussões que emergem nesses encontros.

Além disso, é premente lembrar que vivemos em um país extremamente desigual em diferentes aspectos. Mas, no que diz respeito ao ensino remoto, as desigualdades de acesso à tecnologia são um aspecto crítico e preocupante para os estudantes, tanto no ensino básico, mas também no superior. No caso da UFBA, buscou-se mitigar tais desafios concedendo-se auxílios a alguns estudantes para que pudessem ter acesso a uma internet mais veloz e estável. Mas, no que diz respeito à constituição da própria disciplina de História da Medicina, optou-se por oferecer atividades síncronas e assíncronas. Ou seja, atividades que os(as) alunos(as) poderiam fazer no momento que fosse mais oportuno para eles(as), e atividades “ao vivo”, onde todos(as) encontravam-se em uma plataforma *on-line* para as aulas do componente. Ainda assim, as atividades síncronas foram gravadas e ficaram disponíveis para os(as) discentes, caso ocorresse qualquer imprevisto e esses(as) não pudessem participar quando a aula estivesse ocorrendo.

O primeiro semestre à distância surpreendeu a todos(as) no caso da disciplina aqui referida. As alternativas de participação e contribuição encontradas pelos(as) professores(as) e monitores(as) transformou as aulas remotas em um nicho de debates riquíssimos, onde os(as) discentes manifestavam suas visões sobre os conteúdos abordados de belíssimas formas – através de músicas, de poemas, de desenhos, enfim, através de intervenções artísticas das mais diversas naturezas e, o mais encantador, todas de autoria própria.

Foi dessas manifestações da arte, da participação dos(as) alunos(as) nos debates e da inquietação advinda de lacunas nas produções sobre a história da Medicina na Bahia que surgiu a ideia dessa série de livros. O presente volume, até então o último em quatro, traz reflexões sobre as relações entre a Medicina e alguns temas transversais, inserindo as práticas relativas à saúde, ao bem-estar, e às doenças em contextos históricos, políticos e culturais específicos. Os capítulos foram produzidos por professores(as), mas sobretudo pelos(as) estudantes. Na maior parte deles, os primeiros atuaram mais no papel de orientadores, supervisionando a escrita e trazendo sugestões de leituras que auxiliaram a construção dos textos.

É importante lembrar que o objetivo aqui não é esgotar os temas, mas abrir frentes de estudo e pesquisa para pessoas que tenham interesse nestes, trazendo discussões e informações sobre assuntos e questões que não foram, ou foram pouco, estudados pelos campos da História da Medicina e da História das Ciências, até então. Assim, o(a) leitor(a) deve ter em mente que os(as) autores(as) dos capítulos deste livro são estudantes de Medicina que, por estímulo das discussões trazidas em MED B92 e por sua própria curiosidade, procuraram fazer leituras e trazer abordagens com as quais tinham pouco contato, até o momento. Ainda assim, garantimos que o(a) leitor(a) irá se instigar e emocionar com as discussões trazidas por cada um desses textos. Desejamos a todos(as) uma boa leitura!



1

ARTE E MEDICINA

Joice Borges Costa
Flávia de Souza Santos
Gabriel Vitor do Amor Divino de Jesus
Luan Magalhães Araújo Borges
Maria Luiza Castro Cardozo dos Reis
Lísia Marcílio Rabelo

INTRODUÇÃO

A arte e a Medicina sempre estiveram intimamente ligadas. De acordo com a preposição utilizada para conectá-las, se estabelece um contexto relacional distinto: “arte *da* Medicina”, “arte *para* Medicina”, e “arte *como* Medicina”.

A arte *da* Medicina se refere à arte da prática médica. A arte *para* a Medicina diz respeito à utilização da arte para formação médica. Já a arte *como* Medicina contempla o conceito terapêutico das diversas manifestações artísticas (música, dança, artes plásticas, teatro, literatura etc.).

Ao nos referirmos à prática médica como “arte”, não estamos negando, nem desmerecendo, o seu caráter “científico”. Assim como uma moeda, a Medicina apresenta dois lados inseparáveis e interdependentes: arte e ciência. (PANDA, 2006) No entanto, não se pode esquecer que as interações humanas, inerentes ao exercício da Medicina, envolvem demandas que exigem do profissional mais do que conhecimento tecnocientífico. Sendo assim, é através da forma de interação com o paciente e suas famílias que o médico exerce a sua arte. (DOBKIN, 2020)

Para que o profissional de saúde se torne apto a interagir de forma efetiva com os pacientes, suas famílias e com a comunidade na qual está inserido, é fundamental que sua formação lhe proporcione condições e oportunidades para desenvolver as habilidades necessárias. A integração da arte (literatura, artes plásticas e visuais, dança etc.) ao processo de ensino e aprendizagem médica tem se revelado extremamente importante nesse sentido. É a arte *para* a Medicina. De acordo com a National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM) (2018), a arte permite o ensino acerca de formas de expressão criativas, compreensão de diferentes perspectivas, consciência das emoções através da experiência humana, e a formação e compartilhamento de percepções através da criação artística.

Não podemos deixar de mencionar os efeitos da arte sobre a saúde e o bem-estar. É a arte *como* Medicina. Vários estudos demonstram que a arte tem o potencial de impactar positivamente tanto na saúde física quanto mental. Sua atuação tem sido estudada na promoção à saúde, prevenção aos agravos e tratamento das doenças. (FANCOURT; FINN, 2019)

Ao longo deste capítulo, iremos abordar os três contextos, envolvendo arte e a Medicina aqui apresentados. Nossa proposta é a de partir de uma perspectiva global para apresentar o cenário baiano, particularmente o relacionado à Faculdade de Medicina da Bahia (FMB).

ARTE E FORMAÇÃO MÉDICA: CONTEXTO HISTÓRICO

De acordo com McWhinney (2017), a ciência médica reflete, ao longo do tempo, o contexto no qual seu conhecimento é produzido. Ou seja, tanto a teoria como a prática médica são fortemente influenciadas pela teoria do conhecimento dominante e por valores da sociedade.

Originariamente, a Medicina ocidental tinha um caráter, essencialmente, humanístico. Suas raízes se assentavam no solo da filosofia da natureza e seu sistema teórico partia de uma visão holística que entendia o homem como ser dotado de *corpo e espírito*. Na Idade Média, o pensamento filosófico e científico ocidental e oriental continuou fundamentado no patrimônio clássico, tendo Hipócrates e Galeno como paradigmas. Apesar dos postulados clássicos terem sido revistos no

Renascimento, a concepção filosófica da Medicina não foi afetada nessa época, permanecendo uma ciência humanística. Nem mesmo no século XVII, quando o Iluminismo estabeleceu as bases do método científico contemporâneo, a Medicina passou a ser vista apenas como ciência. (GALLIAN, 2000) Foi apenas no final do século XIX que começa a ocorrer a dissociação entre a Medicina e a filosofia no ocidente. O conhecimento e o “fazer médico” se tornam regidos por uma ciência firmemente baseada em fatos observados.

Sob uma égide cientificista e tecnicista, inegáveis avanços foram alcançados. Porém, o custo tem se revelado alto, com implicações, sobretudo, na prática médica, a ponto de sua concentração se estabelecer na condição normotética que chamamos de doença, e não nas necessidades do indivíduo que adocece. (MCWHINNEY, 2017)

Vale lembrar, que é no final do século XIX e início do século XX que o ensino da Medicina passa por um significativo processo de mudança, a partir da publicação do documento “Educação Médica nos Estados Unidos e Canadá” pelo educador Abraham Flexner, conhecido como “Relatório Flexner”. De acordo com o documento, o ensino médico carecia de bases científicas. Sua ampla repercussão resultou no desenvolvimento do modelo biomédico que passou a reger o ensino e, conseqüentemente, a formação médica. (PEREZ, 2004)

Para Gallian, Pondé e Ruiz (2012), o processo de desumanização é uma das conseqüências do divórcio entre a Medicina e as humanidades.

A HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA

A relevância do conhecimento científico e o desenvolvimento de habilidades técnicas, tanto para a formação quanto atuação médica, são inquestionáveis. Porém, a necessidade de um médico “humano” com compreensão, capacidade interpretativa e discernimento, governado por uma sensibilidade ética, vem sendo cada vez mais reconhecida. Dessa maneira, o médico precisa estar apto a utilizar os conhecimentos científicos no cuidado ao paciente, compreendendo sua singularidade, respeitando sua autonomia, de forma a oferecer a melhor opção diagnóstica e terapêutica.

No que tange à formação médica, a humanização deve ser compreendida como um processo de desenvolvimento pessoal, gradativo e abrangente, que propicia ao graduando uma melhor compreensão de si mesmo, do outro e do meio. (BITTAR; SOUSA; GALLIAN, 2013) Esse processo deve refletir em sua prática assistencial, permitindo o estabelecimento de vínculos interpessoais efetivos, formados por meio de uma comunicação empática, compreensão da singularidade humana, e respeito à autonomia dos sujeitos com os quais interage.

Além de contribuir para a construção de sua identidade e atitude médica, o “processo de humanização” capacita o graduando em lidar com as demandas emocionais inerentes à prática médica, percebendo e acolhendo o sofrimento do outro, mas também enfrentando e administrando o seu próprio, advindo dessa experiência. (DWAMENA et al., 2012; EPSTEIN et al., 2005)

No Brasil, a humanização do cuidado tem sido preconizada tanto na formação de estudantes de graduação dos cursos de saúde, quanto na atuação de profissionais desta área. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para graduação em Medicina, publicadas inicialmente em 2001, e atualizadas em junho de 2014, por exemplo, preconizam que “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”. Espera-se que o graduando seja capaz de se comunicar por meio de linguagem verbal e não verbal; desenvolva e expresse empatia, sensibilidade e interesse no indivíduo; que sua prática seja centrada no cuidado à pessoa. Ou seja, para ser adequada, a assistência à saúde precisa ser humanizada. Como as DCNs estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina, é necessário que as escolas médicas procurem atender as recomendações estabelecidas. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014)

Para atender a essas orientações, diferentes iniciativas foram adotadas pelas escolas médicas, tendo a maioria investido na introdução de disciplinas de humanidades em seus currículos. Porém, essas iniciativas têm se revelado uma tarefa complexa. A resistência de membros do corpo docente e discente estão entre os fatores que contribuem para a dificuldade do ensino de temas das áreas humanas.

Alguns autores apontam que para haver uma mudança na cultura institucional é necessário haver investimentos na capacitação docente, além da utilização e acompanhamento de novas metodologias e estratégias de ensino. (RIOS et al., 2008; SHAPIRO et al., 2009) Além disso, as propostas educacionais que resumem a formação humanística a um conjunto de conteúdos e técnicas que precisam ser incorporadas a um currículo já demasiadamente pesado e exigente estão mais propensas a sofrerem resistência do corpo discente e gerarem resultados menos satisfatórios. Pattison advoga que o ensino de humanidades mantenha seu caráter “amplo”, exploratório, pluralístico e não se resuma a disciplinas acadêmicas para-médicas. (PATTINSON, 2003)

Nesse contexto, não se pode deixar de mencionar a criação dos Bacharelados Interdisciplinares (BIs) pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Os BIs representam uma iniciativa de ampliar o espectro da formação profissional. De acordo com o projeto pedagógico, os BIs constituem:

[...] uma modalidade de curso de graduação que se caracteriza por agregar uma formação geral humanística, científica e artística ao aprofundamento num dado campo do saber, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitarão ao egresso a aquisição de ferramentas cognitivas que conferem autonomia para aprendizagem ao longo da vida bem como uma inserção mais plena na vida social, em todas as suas dimensões. Também provê fundamentos conceituais e metodológicos para a formação profissional em cursos de graduação que o adotem como primeiro ciclo. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2008, p. 12)

Desta forma, o BI permitiria ao estudante ter acesso a habilidades específicas que o fariam compreender a complexidade do campo da saúde atual, bem como questões cruciais que permeiam o processo de humanização para o profissional que irá atuar no campo da saúde como: luta pela preservação do meio ambiente, entendimento e aprendizado de diferentes culturas linguísticas, intercomunicação nas diversas áreas da saúde, valorização da diversidade cultural e luta pelos direitos humanos.

Porém, uma crítica pertinente é que não se pode deixar toda a responsabilidade da humanização a cargo de um regime em ciclos, deve-se construir uma educação humanizada em todas as partes do processo de formação acadêmica. (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015)

O Ministério da Saúde tornou a “humanização” uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS): a Política Nacional de Humanização. De acordo com o Ministério da Saúde, no campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2010)

ARTE COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO

Em 2020, a Association of American Medical Colleges (AMCC), que é dedicada a articular as fundações críticas da educação de futuros médicos, e também das novas competências e práticas pedagógicas para o ensino e aprendizado através

da educação médica continuada, publicou o documento intitulado “Papel fundamental das artes e humanidades na educação médica”. O principal objetivo deste documento foi o de propor a promoção da melhoria da educação, prática e bem-estar dos médicos através de experiências integrativas envolvendo arte e humanidades. De acordo com o documento, apesar da categorização não ser precisa, o ensino das “humanidades” costuma incluir basicamente filosofia, história e sociologia; enquanto o ensino das “artes” envolve artes visuais, literatura, cinema, dança, entre outras formas de expressão criativa. (HOWLEY; GAUFBERG; KING, 2020)

Macnaughton (2000) acredita que a participação em alguma forma de atividade artística, seja como autor ou espectador, é necessária para nos tornarmos seres humanos completos. E, que a compreensão desta necessidade é capaz de auxiliar os médicos a lembrarem de sua própria arte: permitir que as pessoas usufruam de suas vidas, de forma plena, a despeito das limitações impostas pela doença.

Na literatura há muitos relatos sobre o uso da arte como estratégia educacional nos cursos de graduação e pós-graduação nas áreas de saúde. Há duas formas básicas através das quais a arte, em suas diversas manifestações, vem sendo utilizada na formação em saúde: a instrumental e a não instrumental. (MACNAUGHTON, 2000)

A forma mais comumente utilizada é a instrumental. Seu uso tem por objetivo potencializar habilidades clínicas, necessárias à prática profissional. Por exemplo, o uso do cinema e teatro para o desenvolvimento tanto da comunicação verbal, quanto não verbal; de pinturas, esculturas e fotografias, para o aperfeiçoamento da observação; da literatura, para despertar a empatia. Alguns autores a utilizam, inclusive, para o desenvolvimento de habilidades técnicas, como o reconhecimento de sinais patológicos. (BARDES; GILLERS; HERMAN, 2001; BLEAKLEY et al., 2003; JASANI; SAKS, 2013)

A segunda forma é a não instrumental, cuja compreensão de seu valor para a formação em saúde demanda a distinção entre os termos educação e treinamento. De uma maneira simplista, enquanto a educação pode ser compreendida como um processo amplo e contínuo, que visa o desenvolvimento pessoal, o treinamento seria um processo restrito e finito, que visa atender um objetivo específico. Em outras palavras, o foco do processo educacional não está voltado, simplesmente, para o que a pessoa se torna apta a realizar, mas sim para a pessoa que ela vai se tornando como resultado do processo. (BARDES; GILLERS; HERMAN, 2001; BLEAKLEY et al., 2003; JASANI; SAKS, 2013)

A distinção entre o uso instrumental e não instrumental, contudo, pode ser tênue e sua potencialização depende da condução empregada.

No relato das experiências de ensino através da arte, muitos autores descrevem que o uso da arte permite a mobilização e expressão de sentimentos e crenças, propiciando a reflexão crítica; auxilia no processo de autopercepção e de percepção do outro; favorece o desenvolvimento do pensamento simbólico; ajuda a lidar com a incerteza e a tolerar a ambiguidade; auxilia a capacidade de adaptação e resiliência. (BITTAR; SOUSA; GALLIAN, 2013; LANDSBERG, 2009; NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2018; PELOQUIN, 1996)

Através de uma revisão de literatura, Haidet e demais autores (2016) destacam que a arte apresenta qualidades/atributos capazes de promover a descoberta e criação de novos significados sobre uma variedade de tópicos, que, por sua vez, podem levar a uma melhor prática profissional.

O Quadro 1 apresenta estes atributos e a forma através da qual eles podem contribuir para promover ricas experiências de aprendizagem.

Quadro 1 – Qualidades/atributos da arte e formas de contribuição à aprendizagem voltada para uma prática médica humanizada

QUALIDADE/ATRIBUTO	FORMAS DE CONTRIBUIÇÃO À HUMANIZAÇÃO
Natureza representativa e metafórica	A natureza representativa e metafórica da arte contribui para a ampliação do campo de visão. Ao propiciar novos domínios a serem explorados, permite ao estudante sair de sua esfera técnica-profissional e desenvolver a capacidade interpretativa.
Subjetividade	A subjetividade da arte permite que o pensamento literal e concreto seja desafiado, ao tempo que legitimam emoções e experiências pessoais.
Ambiguidade e complexidade	A ambiguidade e complexidade presente em muitas obras de arte justificam/apoiam sentimentos de incerteza, e propiciam a descoberta de um processo no qual os estudantes buscam significados e exploram várias perspectivas divergentes. A arte permite transportar os estudantes do mundo real a um imaginário, formado por símbolos e imagens, no qual é possível dar vazão a pensamentos que poderiam permanecer inibidos. Isso favorece não só um processo de autoconhecimento como também uma abertura criativa para a exploração de novos cenários e alternativas.
Universalidade	A arte tem a habilidade de transcender barreiras linguísticas e culturais, tornando mais fluida e efetiva a comunicação e compreensão entre as pessoas.

Fonte: elaborado pelos autores com base em Fancourt e Fin (2019).

Essas qualidades revelam como a arte pode se tornar uma importante estratégia de humanização. No Quadro 2, listamos as potencialidades de algumas

manifestações artísticas. Obviamente não há como restringir os ganhos advindos com o contato com as “artes”, a intenção é apenas apresentá-las de uma forma didática. (DOBKIN, 2020; GAUFBERG; KING, 2020; WILLSON, 2006)

Quadro 2 – Manifestações artísticas e suas potencialidades

MANIFESTAÇÃO ARTÍSTICA	POTENCIALIDADES
Literatura	A leitura dos clássicos da literatura permite o contato com a complexidade e singularidade do ser humano. As histórias propiciam o confronto com valores e preconceitos, além de contato com diferentes perspectivas, contextos e realidades.
Poesia	Dado o seu caráter, a poesia (leitura ou produção) favorece a percepção e compreensão da subjetividade.
Escrita reflexiva	A escrita, tanto sobre as experiências narradas pelos pacientes, quanto as vividas pelo estudante/médico no exercício da profissão, permite ampliar a compreensão acerca do outro e de si mesmo. Muitas vezes se torna um exercício catártico que possibilita reflexão sobre as emoções que emergiram durante o encontro terapêutico.
Teatro	A prática de técnicas de improviso pode conferir uma maior flexibilidade à atuação do profissional de saúde. Ao permitir o uso de diferentes tonalidades de voz, a leitura interpretativa de textos dramáticos auxilia no desenvolvimento das habilidades de comunicação, conferindo maior sensibilidade.
Cinema	A discussão sobre filmes com enfoque em questões de saúde (ex.: experiências dos pacientes, atuação dos profissionais de saúde, e realidade dos centros de cuidado) pode ampliar a compreensão acerca do sofrimento humano, estigmas, limitações da atuação médica, fragilidades do sistema de saúde, entre outras.
Música	A música contribui para a saúde mental e o bem-estar.
Dança	O engajamento com a dança permite a aquisição de noções de corpo e espaço. Favorece o desenvolvimento da comunicação não verbal, expressão das emoções, além de ser uma maneira de lidar com o estresse.
Artes visuais	Um dos grandes ganhos diz respeito ao aprimoramento da capacidade de observação

Fonte: elaborado pelos autores com base em Fancourt e Fin (2019).

Quando as atividades mediadas pela arte envolvem discussões em grupo, é inegável o ganho relacionado ao desenvolvimento das habilidades de comunicação, como escuta qualificada e capacidade argumentativa. Vale dizer que todas as práticas contribuem para o amadurecimento tanto pessoal como profissional.

A ARTE NO ENSINO: EXPERIÊNCIAS DAS FACULDADES MÉDICAS DA BAHIA¹

A literatura traz muitas iniciativas bem-sucedidas acerca do uso da arte no ensino médico. Infelizmente, no Brasil, a maioria dessas iniciativas ainda ocorre de forma tímida e/ou dissociada da matriz curricular obrigatória. A oferta de cursos com temática centrada na arte são poucos e oferecidos na forma de disciplinas eletivas. O uso da arte como estratégia de ensino ocorre de forma pontual em apenas algumas disciplinas.

A seguir, iremos apresentar algumas iniciativas em curso na FMB/UFBA.

Em 2016, a profa. Lísia Rabelo, da FMB/UFBA, e o prof. Paulo César Alves, da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais (FFCS), passaram a oferecer a disciplina eletiva Arte e Saúde. O curso se propõe a oferecer um espaço que possibilite a compreensão acerca da importância do exercício da sensibilidade para ampliação do olhar sobre a condição humana; o desenvolvimento de um olhar crítico, sensível e reflexivo; o reconhecimento da dimensão humana do adoecer; e a percepção da arte como meio de expressão.

Segundo a profa. Lísia, um diferencial do curso é o fato dele ser elaborado por docentes de formações distintas e ser oferecido a todos os alunos de graduação e pós-graduação da UFBA. As turmas já contaram com a participação de alunos dos cursos de Ciências Sociais, Psicologia, Enfermagem, Música, além dos de Medicina. Essa diversidade possibilita uma discussão mais ampla, com diferentes perspectivas. Ela considera que essa pluralidade é especialmente importante para os alunos do curso médico.

De acordo com o prof. Paulo, a arte possibilita o diálogo, essencial para a construção das relações humanas. A exposição a obras de arte, e a discussão de temas por ela mediada, permite aos alunos trabalhar com a subjetividade, lidar com ambiguidades e conviver com diferentes concepções.

O curso, que já se encontra em sua quinta edição, já foi ministrado tanto na forma presencial quanto virtual. No segundo semestre de 2020 e no primeiro semestre de 2021, o curso possibilitou aos alunos uma oportunidade para expressar os sentimentos suscitados pela pandemia. Em um dos encontros, os alunos foram convidados a escolher uma obra de arte (pintura, escultura, música, poesia, filme etc.) que representasse a sua vivência em meio a nova realidade. A exposição das obras, no encontro seguinte, permitiu não só a expressão como a elaboração dos sentimentos.

1 As informações apresentadas nesta seção foram obtidas através de formulários elaborados pelo Google Forms.

Outra iniciativa que conta com a condução de docentes de áreas distintas é o projeto de extensão “Teatro e medicina: experiências em intercâmbio”, cujas responsáveis são as professoras Amanda Cristina Galvão Oliveira de Almeida da FMB e Maria Eugênia Viveiros Milet da Escola de Teatro. O projeto desenvolvido em 2019, permite o uso da estratégia de simulação, envolvendo alunos do curso de Medicina e de Teatro, em atividades do componente curricular Psicopatologia (MED B52) e do eixo ético humanístico no internado (MED 245).

A profa. Amanda explica que o projeto parte de uma concepção humanística, que se propõe a problematizar conhecimentos sobre a condição e compreensão humana. Busca sensibilizar os alunos de Medicina acerca da importância da empatia no contexto clínico e sua manifestação através de uma comunicação qualificada.

As atividades coordenadas pelas professoras Lara Torreão e Fátima Diz, do eixo ético humanístico, que tem por objetivo capacitar os alunos na comunicação de notícias difíceis, revela que trabalhar com professores e alunos do curso de Teatro, além de conferir uma maior veracidade a experiência de ensino, ampliam a reflexão sobre a situação simulada.

A profa. Amanda revela ter percebido um ganho importante no aprendizado dos alunos com a introdução dessa estratégia de ensino. Diz que entre os ganhos destaca-se os relativos às habilidades relacionais, à espontaneidade e flexibilidade na interação médico-paciente.

O uso de outras manifestações artísticas, de forma mais pontual, foi identificado em alguns componentes curriculares do curso médico da FMB. A produção artística por parte dos alunos – como encenações teatrais, paródias, poemas, maquetes, desenhos e vídeos – foi utilizada no semestre letivo de 2021.1 nos componentes curriculares Tópicos em Neuroanatomia Aplicada (ICS F63), Módulo de Medicina Social e Clínica I (MED B10), Ética e Conhecimento Humanístico I (MED B11), Módulo Clínico II (MED B20) e Humanístico VI (MED B37).

O uso de curta metragens, filmes, séries, história em quadrinhos, foi utilizado nos componentes curriculares Bioquímica Médica I (ICS 058), Módulo Clínico I – Semiologia Médica (MED B16), Ética e Conhecimento Humanístico III (MED B17), Medicina Social (MED B19), Medicina e Mercado de Trabalho (MED C88).

O Projeto Med & Cine, de 1995, comemorando os aniversários do raio-X, da psicanálise e do cinema, foi incorporado a disciplina Introdução a Medicina Social, depois desdobrada em MED B10 e MED B19.

É possível que outros componentes curriculares tenham feito uso da arte como estratégia de ensino e não constem do levantamento aqui apresentado. Uma avaliação criteriosa tanto do uso da arte no ensino, quanto da percepção dos alunos sobre ele, necessita ser realizada.

A ARTE E O ESTUDANTE DE MEDICINA

O currículo do estudante de Medicina apresenta uma carga horária extensa, distribuída ao longo de seis anos. Mesmo aqueles que, antes de ingressar na universidade, já apresentavam interesse em atividades ligadas à arte, não conseguem manter o mesmo nível de envolvimento durante o curso. Como dito anteriormente, independentemente do reconhecimento da importância de uma formação humanística, o pouco espaço destinado a ela no currículo, acaba por influir na sua valorização por parte dos estudantes.

Uma das formas de avaliar o interesse dos estudantes de Medicina pela arte é através da escolha temática para o desenvolvimento Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC). O TCC na FMB/UFBA é pré-requisito para a inserção do graduando no internato.

Dessa forma, realizamos uma busca no Repositório Institucional da UFBA, no campo restrito aos trabalhos da FMB, para identificar trabalhos que incluíram “História da Alegria Atual (HAA)”, “arte”, “arteterapia”, “palhaçaria” e “terapia do riso” em suas palavras-chave. Foram identificados apenas quatro trabalhos:

1. *Educação Médica e Arte: Profissionalismo discutido através de pinturas – percepção discente*, de Renatha Araújo Tunes Teixeira (2015);
2. *Os Doutores Palhaços: Vetores e Hospedeiros de uma Saúde Contagiosa? – Técnicas de Humor e Palhaçaria em Educação Médica: uma Revisão Sistemática de Literatura*, de Augusto Franz Conti Rocha Filho (2012);
3. *Efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura*, de Pedro Rocha Correia (2015);
4. *Terapia do Riso em crianças hospitalizadas: uma revisão sistemática da literatura*, de Ysis Abreu Mota (2016).

Outros dois trabalhos foram identificados por estudantes da FMB/UFBA e, assim, obtidos via contato através de redes sociais como WhatsApp, os quais são:

1. *Palhaçaria nas escolas médicas do Brasil*, de Gustavo Henrique Mendes Ferreira (2016);
2. *A vivência dos acadêmicos de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia no grupo História da Alegria Atual: formação e humanização*, de Daniela Martins Fonseca (2018).

Após a identificação dos trabalhos, procuramos entrar em contato com seus autores, via *e-mail*, para conhecer mais sobre o desenvolvimento dos seus pro-

jetos. Para isso foi desenvolvido o instrumento de coleta de dados voltado para explorar o processo de escolha do tema, dificuldades enfrentadas durante o desenvolvimento do trabalho e a apresentação à banca avaliadora. Obtivemos resposta de quatro dos seis estudantes.

Quanto ao processo de escolha temática, dois estudantes afirmaram ter buscado orientador com a escolha do tema previamente definida por eles. Os outros dois afirmaram que a escolha do tema foi norteada pelo orientador. Em relação à motivação apresentada para a escolha temática, identificamos a influência de experiências prévias e percepção pessoal.

O que me motivou foi perceber que mesmo no ambiente hostil da Medicina, há espaço para a arte e cultura, de forma a favorecer a humanização e maturidade emocional.

Dois estudantes declararam ter se envolvido em atividades artísticas em seu percurso acadêmico: participação no grupo de palhaçaria HAA da FMB; realização do curso oferecido pelos Terapeutas do Riso – Salvador; e do curso Vivência em Psicologia Bioenergética da Palhaçaria, ministrada pelo psicólogo clínico Santiago Harris Hermida.

A minha vivência pessoal, interesse pelo objeto de estudo e leitura de outros trabalhos me inspiraram. Especialmente porque acredito que o HAA² é um grupo com diferencial.

Outro aspecto a se destacar, e considerado nas entrevistas, concerne às dificuldades encontradas durante o desenvolvimento do trabalho. Três estudantes relataram dificuldade na busca por referências nacionais, principalmente no que se refere a realização de trabalhos semelhantes aos que se propuseram desenvolver. Em relação à apresentação à banca avaliadora, a maioria afirmou ter percebido uma “boa aceitação e admiração da banca”.

De acordo com Tapajós (2002), as humanidades, nas quais se inclui a arte, possibilitam aos estudantes enquanto profissionais de saúde um maior aprimoramento da sensibilização e empatia do sujeito, permitindo-o compreender mais facilmente aquilo que aflige os indivíduos e suas singularidades, sem necessitar vivenciá-las profundamente, além de estreitar os laços entre médico-paciente. Nesse sentido, indagados quanto à utilização da arte como instrumento terapêutico na prática clínica, 50% dos estudantes declararam usar para este fim, seja através de uma abordagem humorada ou utilizando-se de metodologias lúdicas

2 O grupo História da Alegria Atual (HAA) é um grupo formado por estudantes de Medicina da UFBA que propõe mudar as cores do ambiente hospitalar e levar a alegria para os pacientes e profissionais a partir da música, criatividade e alegria.

para facilitar o vínculo com os pacientes e/ou responsáveis, sobretudo quando envolve crianças.

Estudos sugerem que tanto a dimensão científica quanto a dimensão artística devem ser integradas na educação médica, uma vez que o conhecimento sobre o sujeito deve se atentar a tudo que o envolve, as formas como se expressa e se relaciona com o mundo a sua volta e a complexidade de sua configuração individual. (MAIROT et al., 2019) Dessa forma, os alunos que têm a oportunidade de vivenciar atividades curriculares que estabelecem essa relação entre a ciência e a arte poderão apresentar maior capacidade crítico-reflexiva diante dos problemas de sua prática cotidiana, tanto de ordem técnica, quanto os que se referem às particularidades subjetivas do paciente.

ARTE E ATUAÇÃO MÉDICA

É possível encontrar dados da utilização da arte como um recurso terapêutico para a manutenção, promoção e recuperação da saúde desde o século V a.C. Entretanto, foi o reconhecimento do seu valor no processo de expressão das subjetividades e, conseqüente aplicação no campo da Psiquiatria, que resgatou seu uso de forma não empírica a partir do século XIX. (PHILIPPINI, 1995)

No início do século XX, Freud observou que as obras de arte expressavam manifestações inconscientes e se constituíam como uma forma de comunicação simbólica e, assim, passou a atribuir uma base psicanalítica à terapia através da arte. (PEREIRA, 2005)

Durante a Primeira Guerra Mundial, o psiquiatra Jung também identificou o potencial terapêutico da arte ao observar uma redução da sua ansiedade quando desenhava suas fantasias e imagens interiores, conferindo objetividade a elas. (HEIJDE, 2006) Assim, na década de 1920, Jung passou a utilizar a arte como parte do tratamento psicoterápico por acreditar que, através da expressão simbólica, a arte era capaz de auxiliar os seus pacientes a organizar seus pensamentos. (PEREIRA, 2005)

Segundo Carvalho e Andrade (1995 apud REIS, 2014), as teorias de Jung e de Freud sobre a capacidade terapêutica de suas criações artísticas constituíram base para o desenvolvimento inicial da arteterapia como campo de atuação entre os anos 1920-1930. Através dessas teorias, o uso da arte passou a ser explorado de forma mais ampla, tanto como recurso diagnóstico como terapêutico. (VASCONCELLOS; GIGLIO, 2007)

A concepção da arte como recurso terapêutico foi ganhando mais espaço e reconhecimento ao longo dos anos. Em 1941, a educadora norte-americana

Margareth Naumburg, por ser a primeira a utilizar a arte de forma sistemática na psicoterapia, é considerada como a fundadora da arteterapia. (REIS, 2014)

No âmbito nacional, o uso da arte como processo terapêutico foi iniciado na primeira metade do século XX, a partir de trabalhos realizados por dois importantes psiquiatras considerados como os precursores no uso da arte enquanto psicoterapia, Osório Cesar e Nise da Silveira, os quais, respectivamente, eram orientados pela vertente psicanalítica baseada no referencial freudiano e pela vertente junguiana. (REIS, 2014; VASCONCELLOS; GIGLIO, 2007)

No ano de 1923, Osório Cesar começou a estudar os trabalhos artísticos produzidos pelos pacientes sob tratamento no hospital de saúde mental em que trabalhava, o Hospital Juqueri, em São Paulo. Os seus estudos o levaram a fundar a Escola Livre de Artes Plásticas do Hospital Juqueri, com o objetivo de possibilitar uma maior expressão artística por parte dos pacientes. (PEREIRA, 2005) Ademais, como frutos de seu trabalho destacam-se a I Exposição de Arte do Hospital do Juqueri, no Museu de Arte de São Paulo, e a publicação da obra *A Expressão Artística nos Alienados em 1925*. Mercedamente, Osório César é reconhecido como o precursor do uso terapêutico da arte no Brasil. (REIS, 2014; VASCONCELLOS; GIGLIO, 2007) Ele acreditava que “o fazer arte já propiciava a ‘cura por si’, por ser um veículo de acesso ao conhecimento do mundo interior”. (CARVALHO; ANDRADE, 1995, p. 34 apud REIS, 2014, p. 146)

A psiquiatra Nise da Silveira é outro nome de grande destaque no uso da arteterapia no Brasil. Nise foi aluna formada na FMB, tendo sua tese inaugural, *Ensaio sobre a criminalidade da mulher no Brasil*, apresentada em 1926. Ao assumir, em 1940, a Seção de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, onde os pacientes realizam variadas atividades expressivas, sobretudo pintura e modelagem, realizou grandes mudanças. (CASTRO; LIMA, 2007; REIS, 2014) Para Nise, a terapia com arte não deveria ter a finalidade de distrair, mas de contribuir efetivamente para a cura dos pacientes. Ela acreditava que uma das funções terapêuticas da arte era a de permitir que os pacientes expressassem as suas vivências não verbalizáveis e inconscientes, cabendo ao terapeuta apenas a tarefa de “estabelecer conexões entre imagens que emergem do inconsciente e a situação emocional vivida pelo indivíduo”. (SILVEIRA, 2001, p. 18 apud REIS, 2014, p. 146)

Com o crescimento do acervo das obras produzidas pelos pacientes da instituição, Nise criou, em 1952, o Museu de Imagens do Inconsciente. O museu constituiu um rico e amplo espaço para a realização de pesquisas, abrangendo outras áreas além da Psiquiatria. (CASTRO; LIMA, 2007)

Apesar dos estudos da arteterapia terem sua base histórica na Psiquiatria, nas últimas décadas seu uso foi ampliado para outras áreas. Porém, a falta de conhe-

cimento acerca das evidências que substanciassem seu uso, limitava a criação de políticas de saúde mediadas pela arte. Sendo assim, em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório para preencher esta lacuna: “Quais as evidências do papel das artes na melhoria da saúde e bem-estar? – Uma revisão de escopo”. (FANCOURT; FINN, 2019)

Nessa revisão foram identificadas mais de 900 publicações da literatura acadêmica inglesa e russa, de janeiro de 2000 a maio de 2019, sendo mais de 200 artigos de revisão, revisão sistemática e meta-análises, cobrindo um número superior a 3 mil artigos.

Os resultados demonstraram que as artes têm o potencial de impactar, de forma positiva, tanto sobre a saúde mental, quanto física. Os benefícios puderam ser divididos em duas grandes áreas: 1) promoção e prevenção; e 2) manejo e tratamento.

Em relação à promoção à saúde e prevenção dos agravos, o relatório apresentou que a arte pode atuar positivamente sobre determinantes sociais da saúde, promover o desenvolvimento da criança, encorajar comportamentos promotores da saúde, ajudar a prevenir doenças e colaborar com uma melhor prestação de cuidados. No que diz respeito ao manejo e tratamento, foi evidenciado que a arte pode ajudar indivíduos que experienciam doenças mentais, cursam com distúrbios neurológicos, doenças não comunicáveis e sob cuidados paliativos.

Segundo o relatório, os benefícios da arte podem ser observados nas diversas fases da vida, do nascimento até o fim da vida. A musicoterapia, por exemplo, contribui para o desenvolvimento infantil, fortalecendo o vínculo entre mãe e bebê, além de melhorar a linguagem e capacidades neuronais cognitivas e de memória do indivíduo, incluindo crianças portadoras de deficiência. Atividades no teatro, dança e música revelaram ser capazes de interferir positivamente na percepção do bem-estar de adolescentes, principalmente aqueles que apresentam sobrepeso. Durante a senilidade, atividades como o canto tem colaborado para o estabelecimento de uma melhor cognição, atenção e memória episódica. (FANCOURT; FINN, 2019)

Vale ressaltar que, levando em consideração o conceito mais amplo de saúde, a arte tem um importante papel na minimização das desigualdades e iniquidades sociais através da promoção do fortalecimento de vínculos sociais, desenvolvimento de competências e habilidades pessoais, autoconhecimento e inclusão. Além disso, as artes favorecem a redução de estigmas sociais, comum em condições de saúde como no caso do HIV/aids e adoecimento mental. (FANCOURT; FINN, 2019)

Segundo Milton Santos (2011, p. 141), “a ideia de movimento e mudança é inerente à evolução da humanidade”. A sociedade, inegavelmente, passou por

mudanças, e com elas surgiram problemas. Faz-se necessário, portanto, alternativas novas como a arteterapia, pois, conforme Boaventura de Sousa Santos (2010), é preciso enfrentar o novo com o novo.

ARTE COMO PROCESSO TERAPÊUTICO NOS HOSPITAIS DE ENSINO DE SALVADOR

Com o objetivo de conhecer a realidade dos hospitais de ensino em Salvador, no que diz respeito ao uso da arteterapia, foi planejado realizar um levantamento das iniciativas de cada uma dessas instituições.

Para a identificação dos hospitais, foram enviados *e-mails* aos colegiados das cinco faculdades de Medicina de Salvador, ligadas às seguintes instituições: UFBA, Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Universidade Salvador (Unifacs) e Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC Salvador). Infelizmente, dentro do período solicitado, recebemos resposta apenas do colegiado da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA.

Foi buscado contato com cada uma das instituições informadas – Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Hospital Geral do Estado, Hospital da Mulher, Instituto Couto Maia, Hospital Geral Roberto Santos, Maternidade Climério de Oliveira, Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Neto, Hospital Ana Nery e Hospital Juliano Moreira –, tanto por *e-mail* quanto por telefone, sem sucesso.

Simultaneamente a tentativa de contato com os colegiados, foram enviados *e-mails* aos diretórios acadêmicos das faculdades de Medicina, questionando sobre o uso da arteterapia em hospitais vinculados às suas instituições de ensino, sendo possível identificar duas iniciativas de uso da arteterapia. Vale ressaltar, que se obteve retorno, apenas, dos diretórios acadêmicos da FMB/UFBA e da Faculdade de Medicina da EBMSP dentro do prazo acordado.

Ambas as iniciativas foram identificadas no HUPES, vinculado à UFBA: o Cine-clubinho e as intervenções do grupo HAA.

CINE-CLUBINHO

O Cine-clubinho é uma iniciativa de humanização ao cuidado prestado às crianças internadas na unidade de pediatria do HUPES. A responsável por essa iniciativa, é a pediatra Suzy Santana Cavalcante, professora do Departamento de Pediatria da FMB/UFBA e chefe do Núcleo Universitário de Telessaúde (NUTS).

A iniciativa, que surgiu em 2008, proporciona uma sessão de “cinema” aos pacientes internados na pediatria. As sessões ocorrem no auditório do NUTS e contam com a participação de estudantes da própria UFBA. O sucesso da iniciativa levou a sua formalização como projeto de extensão, que hoje é multidisciplinar.

A motivação para o projeto, segundo a profa. Suzy, foi a necessidade de minimizar o sofrimento enfrentado pelas crianças no ambiente hospitalar. Ela acredita que a sessão de cinema oferece uma oportunidade não só a criança, mas também a seu acompanhante, de sair de uma realidade opressora e espairecer por algumas horas. De acordo com a profa. Suzy, as sessões de cinema eram, muitas vezes, a primeira experiência cinematográfica das crianças e de seus acompanhantes, o que conferia um prazer ainda maior tanto aos organizadores quanto aos espectadores.

A frequência das sessões oferecidas pelo Cine-clubinho varia entre semanal e mensal de acordo com a disponibilidade de quem está atuando e do NUTS. Atualmente, devido às restrições impostas pela pandemia da covid-19, as sessões foram momentaneamente interrompidas. Mas a profa. Suzy informa que o segundo semestre de 2021 será destinado à reorganização da infraestrutura do auditório do NUTS e dos grupos envolvidos na sua realização, para que o retorno das atividades seja possível em 2022.

INTERVENÇÕES DO GRUPO HAA

O grupo HAA surgiu em janeiro de 2012, por iniciativa de estudantes da FMB/UFBA. De acordo com Victor Porfírio, um dos seus fundadores, o grupo foi uma criação coletiva e seu nome foi escolhido por uma colega, Thamyris Marinho, que na época, cursava Semiologia Médica. A ideia era a de mostrar que o foco do grupo era a alegria e a saúde das pessoas, não a doença. Assim, ao invés de um grupo de estudantes voltados em contar a História da Doença Atual (HDA), surgiu um grupo destinado a fazer a História da Alegria Atual (HAA).

Desde o início, o HAA optou por não ser um grupo fechado, com regras rígidas, cuja participação fosse certificada. Havia a necessidade de evidenciar que a atividade do grupo era algo que transcendia o currículo acadêmico.

As primeiras intervenções que ocorreram através da palhaçaria sofreram preconceito. Os responsáveis pelas enfermarias temiam que o grupo causasse “bagunça”. Por ser uma iniciativa pioneira, o grupo teve que “desbravar o caminho” no intuito de obter as autorizações necessárias para realizar suas atividades no hospital. Segundo Thaís Barbosa, atualmente a faculdade já reconhece o grupo e, através do setor de hotelaria, o hospital é quem os procura para a realização de intervenções.

Posteriormente, os membros do grupo relatam que, além da palhaçaria, as ações passaram a envolver a produção de peças teatrais, cantorias, oficinas de artesanatos, pinturas, colagens e outros conteúdos positivos e propositivos.

Com a impossibilidade de realizar suas atividades por conta da pandemia de covid-19, o grupo buscou se adaptar à nova realidade. Agora, as reuniões semanais ocorrem virtualmente para a produção de novas intervenções, que oferecem jogos e brincadeiras *on-line* para os integrantes do grupo.

Vale relatar que os membros do grupo afirmam que a atuação do HAA não só gera alegria aos pacientes, como também repercute positivamente na comunidade hospitalar como um todo. Para Thaís Barbosa, integrante em atividade no grupo, o HAA reúne estudantes de Medicina que acreditam no uso da ludicidade para a promoção da saúde.

Os participantes afirmam que a atuação no HAA torna a trajetória do curso de Medicina menos árdua. Victor, já formado, chama atenção para o fato de sua participação no grupo influenciar sua prática profissional, tornando-a mais humana.

ARTE, MEDICINA E PANDEMIA

Tanto a formação quanto a posterior prática médica, baseada em evidências e apoiada em uma sofisticada tecnologia diagnóstica e terapêutica, tiveram a estrutura de seus alicerces fragilizada pela pandemia da covid-19.

Profissionais de saúde tiveram de lidar com o medo gerado pelo confronto com o desconhecido da mesma forma que a população em geral. A atuação nesse cenário passou a exigir dos profissionais de saúde, habilidades muito além das oferecidas pela formação predominantemente biomédica. Acostumados a enfrentar os desafios diários, lançando mão do conhecimento, experiência e tecnologia, os médicos se viram vulneráveis diante dessa nova realidade. Mais do que nunca, empatia, compaixão, comunicação sensível, trabalho colaborativo, autocuidado e resiliência se apresentaram como ferramentas fundamentais para pautar a atuação médica. (HE; VINCI, 2021; RIMMER, 2021)

Mesmo antes da pandemia, o trabalho interprofissional colaborativo já havia se revelado fundamental para oferecer um cuidado seguro e efetivo ao paciente. A colaboração exige que os médicos reflitam criticamente sobre seus conceitos e atitudes em relação à hierarquia e desenvolvam uma comunicação efetiva com seus pares e demais profissionais da área de saúde. (KLUGMAN; PEEL; BECKMANN-MENDEZ, 2011)

No Brigham and Women's Hospital, a criação de oficinas desenvolvidas especialmente para propiciar uma discussão a partir da análise de obras de arte

revelou-se capaz de promover o trabalho colaborativo entre profissionais da área de saúde. A discussão possibilita aos componentes do grupo expressar suas opiniões e percepções, assim como compreender diferentes perspectivas. Como essas oficinas são obrigatórias no programa de estágio rotatório voltado para a assistência de pacientes internados, e contam com a participação de graduandos da área médica, de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e coordenadores, fomentam a integração da equipe e diminuem as barreiras hierárquicas, em uma atividade prazerosa. (KATZ; KHOSHBIN, 2014)

Em meio à pandemia, atividades que promovam o autocuidado e a resiliência são essenciais. Há muito tempo, o esgotamento, a depressão e o suicídio na categoria médica são motivos de grande preocupação. Ter de lidar com a incerteza, suportar longos turnos de trabalho, testemunhar o sofrimento humano, e lidar com as pressões geradas pelo sistema de saúde estão entre as diversas causas envolvidas nessas questões. (ARIELY; LANIER, 2015) Com o surgimento da pandemia, e as medidas de segurança e restrições dela advindas, os problemas relativos à saúde física e mental dos profissionais de saúde aumentaram ainda mais.

Esse cenário, na realidade, inicia-se no período de graduação. Aos problemas já existentes, somam-se agora a pressão psicológica com a modalidade de ensino remoto, métodos de avaliação *on-line* e a sobrecarga social e econômica familiar. (MEDEIROS et al., 2020)

Atualmente, há evidências de que estratégias utilizando a arte são capazes de proporcionar uma maior clareza sobre comportamentos adaptativos e de enfrentamento, e conseqüentemente, auxiliar o médico a lidar com situações difíceis. Entre as estratégias, a escrita reflexiva e prática contemplativa tem revelado grande potencial. (BRAXTON INSTITUTE, 2019 apud HOWLEY; GAUFBERG; KING, 2020)

O Brasil já dispõe de iniciativas pautadas no uso de manifestações artísticas como literatura, audiovisual e artes plásticas. A título de exemplo, tem-se a iniciativa do grupo Estudo de Literatura e Arte na Medicina (ELAM) do Centro Universitário Christus que, durante a pandemia, tem feito uso de produções de textos e atividades ligadas a artes visuais como estratégia de *coping*. (MEDEIROS et al., 2020) A expressão é essencial para oferecer meios de enfrentamento.

O impacto da pandemia, também, atingiu os pacientes que vinham se beneficiando com terapias envolvendo a arte. As restrições impostas levaram à interrupção da prática de muitas delas. O Instituto de Câncer Dana-Farber, em Boston, nos Estados Unidos, encontrou uma forma de adaptar o acesso a essas terapias diante do novo contexto, através da implantação de encontros virtuais. A iniciativa do instituto evidenciou que o uso das tecnologias da comunicação na Medicina não precisa ficar restrito a consultas remotas, podendo também ser

utilizado na realização, por exemplo, de intervenções artísticas. (KNOERL et al., 2021)

A adesão ao programa virtual superou a expectativa inicial, revelando-se superior à obtida com quando os encontros ocorriam de forma presencial, antes do início da pandemia. Desse modo, pressupõe-se o reconhecimento da importância dessas terapias por parte dos pacientes. (KNOERL et al., 2021)

Em nível nacional, diversas iniciativas utilizando a arte para amenizar o sofrimento de pacientes internados por covid-19 são divulgadas através dos meios de comunicação. Entre elas, podemos destacar a criação do “prontuário afetivo”, pela médica reumatologista Isadora Jochims, que atua no Hospital Universitário de Brasília (HUB), no Distrito Federal. A proposta é incluir, no prontuário médico, informações pessoais do paciente, relacionadas ao seu cotidiano e preferências. Essas informações, obtidas através dos familiares, visam amenizar o sofrimento dos pacientes internados por covid-19 sob sedação, tocando, por exemplo, as músicas que gostam de ouvir. (BARBOSA, 2021)

Vê-se, portanto, que as artes podem se adaptar e se fazer presentes nos mais diversos contextos, incluindo um cenário de pandemia como o da covid-19, no qual a perspectiva biomédica, nua e crua, mostrou-se insuficiente para suprir as demandas apresentadas por pacientes, médicos e profissionais médicos em formação. Confirma-se, desse modo, que para além de mentes “treinadas”, a sociedade precisa de profissionais da saúde “educados”. (MACNAUGHTON, 2000)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos em um período pautado por grandes mudanças, principalmente no que tange à área da saúde. O modelo de “formação biomédica” vem se revelando inadequado em vários sentidos.

Lançar, no mercado, médicos incapazes de estabelecer uma relação empática, reconhecer a singularidade e respeitar a autonomia das pessoas sob seus cuidados, não atende aos anseios sociais. Não oferecer oportunidades para o desenvolvimento de recursos necessários à manutenção do bem-estar, a resiliência, e capacidade de trabalhar em grupo, revela-se insuficiente aos médicos. Supervalorizar a terapia farmacológica limita as opções terapêuticas dos enfermos.

A Medicina precisa de arte. Arte para ser exercida, arte para formar seus profissionais e arte como remédio.

REFERÊNCIAS

- ARIELY, D.; LANIER, W. L. Disturbing Trends in Physician Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance: Dealing With Malady Among the Nation's Healers. *Mayo Clinic Proceedings*, Rochester, MN, v. 90, n. 12, p. 1593-1596, 2015. DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.10.004. Disponível em: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(15\)00798-3/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(15)00798-3/fulltext). Acesso em: 20 set. 2022.
- BARBOSA, B. Médica cria 'prontuário afetivo' e descreve gostos de pacientes com covid. *UOL*, São Paulo, 1 abr. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2021/04/01/medica-cria-prontuario-afetivo-e-descreve-gostos-de-pacientes-com-covid.htm>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- BARDES, C. L.; GILLERS, D.; HERMAN, A. E. Learning to Look: Developing Clinical Observational Skills at an Art Museum. *Medical Education*, Oxford, v. 35, p. 12, p. 1157-1161, Dec. 2001.
- BITTAR, Y.; SOUSA, M. S. A. de; GALLIAN, D. M. C. A experiência estética da literatura como meio de humanização em saúde: o Laboratório de Humanidades da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, RJ, v. 17, n. 44, p. 171-86, jan./mar. 2013.
- BLEAKLEY, A. *et al.* Making Sense of Clinical Reasoning: Judgement and The Evidence of The Senses. *Medical Education*, Oxford, v. 37, n. 6, p. 544-552, June 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. 4. reimp. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- CASTRO, E. D. de; LIMA, E. M. F. de A. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, RJ, v. 11, n. 22, p. 365-376, 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, p. 8-11, 23 jun. 2014.
- DI BELLA, G. Médico registra o cotidiano de hospitais na linha de frente do combate à pandemia. *National Geographic*, Brasil, 14 jun. 2020. Disponível em: <https://www.nationalgeographicbrasil.com/fotografia/2020/06/medico-fotografo-coronavirus-hospital-uti-cti>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- DOBKIN, P. L. Art of Medicine, Art as Medicine, and Art for Medical Education. *Canadian Medical Education Journal*, Saskatoon, v. 11, n. 6, p. e172, Dec. 2020.

DWAMENA, F. *et al.* Interventions for Providers to Promote a Patient-Centred Approach in Clinical Consultations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, Dec. 2012.

EPSTEIN, R. M. *et al.* Patient-Centered Communication and Diagnostic Testing. *Annals of Family Medicine*, Leawood, KS, v. 3, n. 5, p. 415-21, Sept./Oct. 2005. DOI: 10.1370/afm.348. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466928/pdf/0030415.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

FANCOURT, D.; FINN, S. *What is the Evidence on the Role of the Arts in Improving Health and Well-Being?* A Scoping Review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019. (Health Evidence Network synthesis report, n. 67).

GALLIAN, D. M. C. A (re)humanização da medicina. *Psiquiatria na Prática Médica*, Cotia, SP, v. 33, n. 2, abr./jun. 2000. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>. Acesso em: 21 jul. 2021.

GALLIAN, D. M. C.; PONDÉ, L. F.; RUIZ, R. Humanização, Humanismos e Humanidades: Problematizando Conceitos e Práticas no Contexto da Saúde no Brasil. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 5-15, 2012. DOI: <https://doi.org/10.37467/gka-revmedica.v1.1293>. Disponível em: <https://journals.eagora.org/revMEDICA/article/view/1293/847>. Acesso em: 20 set. 2022.

HAIDET, P. *et al.* A Guiding Framework to Maximise The Power of the Arts In Medical Education: A Systematic Review And Metasynthesis. *Medical Education*, Oxford, v. 50, n. 3, p. 320-331, 2016.

HE, Y.; VINCI, R. J. Uncertainty in the COVID-19 Pandemic and the Art of Medicine. *Pediatrics*, Springfield, v. 147, n. 5, p. e2020042937, May 2021.

HEIJDE, M. F. *A história da arte e a arteterapia*. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Arteterapia em Educação e Saúde) – Universidade Cândido Menezes, Rio de Janeiro, 2006.

HOWLEY, L.; GAUFBERG, E.; KING, B. E. *The Fundamental Role of the Arts and Humanities in Medical Education*. Washington: Association of American Medical Colleges, 2020.

JASANI, S. K; SAKS, N. S. Utilizing Visual Art to Enhance The Clinical Observation Skills of Medical Stuts. *Medical Teacher*, London, v. 35, n. 7, p. e1327-e1331, July 2013.

KATZ, J. T.; KHOSHBIN, S. Can Visual Arts Training Improve Physician Performance? *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, Baltimore, n. 125, p. 331-341, 2014.

KLUGMAN, C. M.; PEEL, J.; BECKMANN-MENDEZ, D. Art Rounds: Teaching Interprofessional Students Visual Thinking Strategies at One School. *Academic Medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, Philadelphia, v. 86, n. 10, p. 1266-1271, 2011. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31822c1427. Disponível em: <https://>

journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2011/10000/Art_Rounds__Teaching_Interprofessional_Students.24.aspx. Acesso em: 20 set. 2022.

KNOERL, R. *et al.* Lessons Learned from the Delivery of Virtual Integrative Oncology Interventions in Clinical Practice and Research During The COVID-19 Pandemic. *Supportive Care in Cancer*, Berlin, v. 29, n. 8, p. 4191-4194, Aug 2021. DOI:10.1007/s00520-021-06174-0. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7997525/>. Acesso em: 20 set. 2022.

LANDSBERG, G. A. P. Vendo o outro através da tela: cinema, humanização da educação médica e Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, p. 298-304, 2009. DOI: 10.5712/rbmfc4(16)422. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/422>. Acesso em: 31 jul. 2021.

MACNAUGHTON, J. The Humanities in Medical Education: Context, Outcomes And Structures. *Medical Humanities*, Kennebunkport, ME, v. 26, n. 1, p. 23-30, June 2000.

MAIROT, L. T. da S. *et al.* As artes na educação médica: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 43, n. 4, p. 54-64, out./dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20180146>.

MCWHINNEY, I. R. A evolução do método clínico. In: STEWAT, M. *et al.* *O método clínico centrado na pessoa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 47-64.

MEDEIROS, M. S. *et al.* A arte como estratégia de coping em tempos de pandemia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 44, supl. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200354>. Acesso em: 30 jul. 2021.

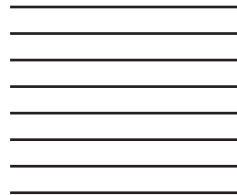
MELO, W.; FERREIRA, A. P. Clínica, pesquisa e ensino: Nise da Silveira e as mutações na psiquiatria Brasileira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 555-569, dez. 2013.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. *The Integration of the Humanities and Arts with Sciences, Engineering, and Medicine in Higher Education: Branches from the Same Tree*. Washington, DC: National Academies Press, 2018. DOI: <https://doi.org/10.17226/24988>. Disponível em: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/24988/the-integration-of-the-humanities-and-arts-with-sciences-engineering-and-medicine-in-higher-education>. Acesso em: 20 set. 2022.

PANDA, S.C. Medicine: Science or Art? *Mens Sana Monographs*, Mumbai, v. 4, n. 1, p. 127-138, Jan./Dec. 2006. DOI: 10.4103/0973-1229.27610. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3190445/#:~:text=Medicine%2C%20however%2C%20is%20not%20an,its%20practice%20is%20an%20art>. Acesso em: 20 set. 2022.

PATTINSON, S. Medical Humanities: A Vision and Some Cautionary Notes. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*, London, v. 29, n. 1, p. 33-36, 2003.

- PELOQUIN, S. M. Art: An Occupation with Promise for Developing Empathy. *The American Journal of Occupational Therapy*, Boston, v. 50, n. 8, p. 655-661, Sept. 1996.
- PEREIRA, V. M. *O potencial terapêutico da arte e sua utilização para a humanização da assistência hospitalar*. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico de Gestão em Serviços de Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- PEREZ, E. P. A propósito da educação médica. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 1, p. 9-13, mar. 2004.
- PHILIPPINI, A. Universo junguiano e arteterapia. 1995. Disponível em: <https://www.arteterapia.org.br/pdfs/univers.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.
- REIS, A. C. dos. Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do psicólogo. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, DF, v. 34, n. 1, p. 142-157, mar. 2014.
- VASCONCELLOS, E. A.; GIGLIO, J. S. Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 3, p. 375-383, set. 2007.
- RIMMER, A. Covid-19: Doctors May Quit Without Proper Post-Pandemic Support, Defence Body Warns. *BMJ*, London, n. 369, 2020.
- RIOS, I. C. *et al.* A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 32, n. 1, p. 112-121, 2008.
- SANTOS, B. de S. *A universidade do século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- SANTOS, M. *Por uma outra globalização*. 20. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.
- SHAPIRO, J. *et al.* Medical Humanities and Their Discontents: Definitions, Critiques, and Implications. *Academic Medicine*, Philadelphia, v. 84, n. 2, p. 192-198, 2009.
- SILVA, L.; MUHL, C.; MOLIANI, M. Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de medicina. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 33, n. 80, p. 298-309, jan./mar. 2015.
- TAPAJÓS, R. Introducing the Arts Into Medical Curricular. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 6, n. 10, p. 27-36, Fev. 2002.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Projeto pedagógico dos bacharelados interdisciplinares*. Salvador, 2008.
- WILLSON, S. What Can Arts Bring To Medical Training? *The Lancet*, London, v. 368, p. S15-S16, Dec. 2006.



2 MEDICINA E LITERATURA

Bárbara Costa Dactes Gonçalves
Fernanda Figueiredo Nunes
Gabrielli da Rocha Sotero
Michelle Vilas Boas de Sousa
Pedro Fernandes Abbade
Ernane Nelson Antunes Gusmão

MEDICINA E ARTE

A Arte compõe a mais bonita sinfonia contra a morte e contra o sofrimento que até agora o ser humano descobriu. Ou arquitetou. (MILHEIRO, 2002, p. 49)

A Medicina costuma ser citada como ciência, como técnica, mas também como arte – as origens da sistematização dos cuidados com a saúde e a doença tem

suas origens na racionalidade grega do século V a.C. (SALIS; SILVA, 2003) Antes de ser considerada uma ciência, a Medicina era considerada um conhecimento mais próximo da arte. Assim, vários autores a retrataram como tal, ao longo do tempo. Na Antiguidade, Hipócrates (1923), em *Epidemias*, descreve que a arte médica é composta por três fatores “a doença, o paciente, o médico”. Segundo ele, “O médico é o servidor da arte. O paciente deve cooperar com o médico no combate à doença”. (HIPPOCRATES, 1923, p. 165)¹ Em A Ciência da Medicina, Hipócrates descreve também que o médico deve tratar o paciente com tanta sensibilidade estética quanto um crítico abordando um trabalho artístico. Ou seja, pedindo que o aluno considere as sutilezas da apresentação de cada paciente, como “a qualidade da voz, seja clara ou rouca, a taxa respiratória, seja acelerada ou desacelerada, bem como as constituições dos vários fluidos do corpo”. (LLOYD, 2005, p. 146) Corroborando as ideias de Hipócrates, Platão (427 a.C.-347 a.C.) descreveu a Medicina como “uma arte e atende à natureza e constituição do paciente, e tem princípios de ação e razão, em cada caso”. (PLATÃO apud BYNUM; PORTER, 2013, p. 6)

A relação entre Medicina e arte também fica evidente no período do Renascimento, através de grandes nomes do período, como Leonardo da Vinci (1452-1519), Michelangelo di Lodovico Buonarroti Simoni (1475-1559) e Andreas Vesalius (1514-1564). Na obra de Leonardo da Vinci, por exemplo, nota-se alguns desenhos anatômicos, elaborados a partir de disseções, além de uma vasta produção sobre proporções do corpo humano, algumas pesquisas sobre Fisiologia humana, Embriologia, nervos e vasos sanguíneos. A grandiosidade da obra de Da Vinci pode ser percebida na assimilação da Anatomia, por meio de expressões visuais e artísticas, o que o tornou um importante representante na aproximação entre concepções científicas e artísticas, influenciando o pensamento de alguns de seus contemporâneos. (CHEREM, 2005)

Contudo, a aproximação entre essas concepções começou a se desfazer com a revolução científica dos séculos XVI e XVII. Nesse período, a Medicina buscou solidificar suas bases intelectuais fundamentando suas práticas em referenciais considerados legitimamente científicos à época. Assim, o campo sofreu uma grande transformação, a partir da segunda metade do século XVIII, pois a educação médica passou a ter como alicerce as ciências básicas. No início do século XIX, a Medicina era vista enquanto uma ciência em formação e, no final do século XX, muitos considerariam ela como uma ciência completamente desenvolvida. Desse modo, ao lado das ciências básicas e aplicadas, a Medicina gerou suas próprias

1 Todas as traduções das citações originalmente escritas em outros idiomas foram feitas pelos autores.

tecnologias, tornando-se cada vez mais uma “ciência do diagnóstico”. (BYNUM; PORTER, 2013)

Apesar dessa tentativa de separação entre arte e ciência na prática médica, que ganhou força com o advento da modernidade, é importante salientar que os dois termos não são mutuamente excludentes. Ainda hoje, a Medicina continua sendo uma união de conhecimento científico básico, com habilidade artesanal e experiência individual. Uma integração de teoria e prática. Assim, a Medicina seria tanto uma ciência como uma arte, em outras palavras, uma arte baseada na ciência. (BYNUM; PORTER, 2013) Nesse sentido, a Medicina é considerada, por alguns autores como

Uma profissão que incorpora a ciência e os métodos científicos com a arte de ser médico. A arte de cuidar dos doentes é tão antiga quanto a própria humanidade [...]. Quando comparada com sua longa e geralmente distinta história de cuidado e conforto, a base científica da medicina é notavelmente recente. (GOLDMAN; SCHAFER, 2004, p. 2)

Na Medicina, a arte estaria na própria prática médica, na relação individual com cada paciente. Colher a anamnese e a história clínica do paciente é baseada em um método bem sistematizado, que é ensinado ao longo do curso médico. No entanto, só se pode aprender a técnica até certo ponto. Na prática, é preciso dominar a arte de cuidar, pois cada encontro é singular, cada paciente é único e precisa de um olhar e de uma escuta diferentes. Analisar o que ele diz e o que ele não diz, sua linguagem corporal, saber até que ponto se deve perguntar mais, investigar mais – essa é uma arte que não se ensina, mas que se aprende na prática de cada contato com o paciente. (FRANCIS, 2020)

O fazer da Medicina é uma arte, e a ciência e a tecnologia são aliadas dessa, tornando-a cada vez mais eficaz no seu propósito de aliviar o sofrimento humano. Mas o médico sempre vai ser um artista, ao fazer uma leitura de mundo única, ao interpretar o seu paciente, é preciso sensibilidade para enxergar além. Uma combinação de intuição e instrução. Assim, muitas vezes, aprender a arte pode ser mais difícil do que aprender a ciência. A observação sutil de aspectos não científicos da prática médica ajuda a moldar um médico para ser mais que um executor da técnica. (FRANCIS, 2020) O melhor médico seria aquele que, armado com o conhecimento científico, o pratica usando, para isso, um excelente julgamento clínico, sendo essa a sua arte. (PANDA, 2006)

Destacando essa íntima relação entre Medicina e arte, é possível observar como é comum encontrar médicos fazendo arte propriamente dita, ou seja, médicos que pintam, musicam, escrevem e encenam. Acreditamos que para o gosto

por essas atividades contribui a grande sensibilidade desenvolvida por muitos desses profissionais, os quais têm contato diário com a diversidade humana, com diferentes classes sociais, credos, etnias e idades, bem como com o sofrimento humano, a dor e a vulnerabilidade. As diferentes formas de prática artística seriam, assim, uma maneira de extravasar certas inquietações. O médico precisa lidar com a angústia, a morte, com frustrações e outras emoções e, como não pode fugir desse cenário, acreditamos que, muitas vezes, o profissional se utiliza de sua sensibilidade, criando, artisticamente, um processo terapêutico para si próprio e para o doente. (MILHEIRO, 2002) Vale destacar, que esse processo funciona nos dois sentidos, pois ao desenvolver a arte, o médico treina seus olhos e ouvidos à linguagem da clínica, o que o torna um profissional melhor. Desse modo, é notório que, mais de 2 mil anos após Hipócrates, haja tanta poesia na Medicina quanto ciência. (FRANCIS, 2020)

MEDICINA E LITERATURA

A Medicina e a literatura apresentam um território comum, pois ambas estão em contato com a condição humana e com eventos como a dor, a doença e a morte. Ambas lidam com a palavra, sendo ela, na Medicina, um instrumento terapêutico e, na literatura, um instrumento de criação. No entanto, essas duas artes podem estabelecer um paralelo entre os diferentes usos que fazem da palavra. Muitos médicos buscam a literatura como escritores e leitores, porque há na Medicina um contato constante com situações-limites. Na literatura, é possível transformar essas situações em temas, assunto e objeto central de obras. (PERRONE-MOISÉS, 1996) Em geral, os médicos, em seu trabalho diário com as pessoas, têm oportunidade de vivenciar o sofrimento, as emoções, as angústias que atingem o ser humano e a morte de modo bastante diverso. Muitas vezes, esses profissionais encontram na literatura uma forma de descreverem suas impressões sobre a vida, construídas, em muito, a partir do contato que estabelecem com seus pacientes e, naturalmente, da experiência da escuta. (MASINA, 2010) Assim, a sensibilidade que certos manifestam na construção da relação médico-paciente pode ser muito útil para a escrita literária. A inter-relação entre Medicina e literatura é um dos aspectos principais das chamadas Humanidades Médicas, que vêm sendo introduzidas nos currículos de várias escolas de Medicina. (SCLIAR, 2005) A Medicina, estruturada para desenvolver e aplicar conhecimentos técnicos e científicos, consiste na arte de prevenir, curar ou diminuir o impacto das doenças. Já a literatura, baseada no gosto pela linguagem, no prazer da leitura e nas possibilidades que a redação permite, é a arte de compor obras para transmitir e perpetuar ideias. (HERNANDEZ, 2006)

A iniciativa de certos médicos de começar a escrever literatura foi comentada por Masina (2010), com base em um acontecimento vivido por um jovem médico. Durante sua residência, foi solicitado ao jovem que realizasse seu primeiro trabalho de visitação: o atendimento a uma criança. Depois de inúmeros percalços, chegou finalmente a seu destino: uma casa simples em cuja sala havia pessoas sentadas à volta de um pequeno caixão branco. Ao procurar pela mãe do garoto, o médico constatou que ela estava abraçada ao pequeno corpo, visivelmente morto, e negava-se a entregá-lo, conversando com o bebê como se ele pudesse escutá-la. Comovido, o jovem residente percebeu que seu dever era dizer à mãe que o filho havia falecido. No entanto, como fazê-lo, quando as palavras pareciam inócuas, incapazes de nomear um sentimento e uma circunstância tão dolorosos e inusitados? Foi a sensação de impotência e dor diante da morte que levou o médico a procurar a literatura para dimensionar sua dor.

Dentre outros fatores que impulsionam médicos a descobrirem o mundo literário, estão as experiências profissionais associadas à vontade de transmiti-las. Obras como artigos e livros científicos, com valores de ensinamentos, têm uma espécie de “prazo de validade”, que decorre dos avanços tecnológicos advindos ao longo do tempo. Assim, a medida em que o conhecimento avança, as produções e ideias, na maioria das vezes, necessitam de reformulação. Nesse sentido, muitos médicos vão além da literatura científica e escrevem sobre aspectos da vida, sobre seus sentimentos e fatos, muitas vezes vivenciados por eles, que transcendem os muros dos hospitais. (HERNANDEZ, 2006) Diversos médicos descobrem na prática literária um motivo para viver e produzir, rever e recriar histórias. Tal arte, há que se repetir, nutre-se da vida e da morte, dos limites do humano, aponta ao homem a sua irrenunciável humanidade. (MASINA, 2010)

Para Scliar (2005) é necessário eliminar as barreiras entre ciência e arte e entre saúde e literatura. É possível que médicos e cientistas aprendam tanto nos livros de ficção quanto nos manuais de Medicina. De acordo com ele, um estudante sem uma formação que lhe dê acesso à literatura, à poesia, à música, talvez se torne um bom médico, mas não desenvolveria a mesma generosidade e o mesmo olhar para com o outro que o contato com as artes permite adquirir. A produção literária médica traduz em contos as vivências médicas, a Medicina prática, e permite ao leitor não apenas gozar o prazer da leitura, mas a aprender com cada estória contada, seja ela realidade ou ficção. Escrevendo entre o real e o imaginário, muitos médicos se tornaram escritores reconhecidos, ao longo da história. Alguns conciliaram a literatura com a Medicina, outros abandonaram a carreira médica para se dedicarem apenas à escrita. Contudo, o que esses autores tinham em comum era o interesse pela literatura não científica e, assim, dedicavam-se a escrever contos, poesias, cordéis, romances, biografias e outros textos literários.

Como já mencionado, na Antiguidade, a Medicina se desenvolveu como arte na civilização grega. Apesar de, inicialmente, ser considerada uma arte paga pelo cristianismo, tempos depois, religiosos cristãos se interessaram pela arte de curar, visto que o próprio Jesus Cristo havia, segundo eles, realizado curas. (AZEVEDO, 2015) Um grande exemplo de médico e religioso é São Lucas, que também foi escritor. São Lucas nasceu em Antioquia da Síria, onde possivelmente estudou Medicina. Não pertenceu à primeira geração cristã, sendo um discípulo e companheiro de São Paulo. Lucas escreveu o “III Evangelho” e o livro “Atos dos apóstolos”, no qual demonstrou interesse pelas situações de doença, mas sobretudo pela pessoa doente. Além disso, a condição humana, considerada como um território comum entre a Medicina e a literatura, foi evidenciada nos escritos de São Lucas através de relatos de situações de sofrimento, doença e cura as quais o autor afirma ter testemunhado. (MORUJÃO, 2007) Seu atual reconhecimento como médico pode ser medido pela escolha do Dia de São Lucas pela igreja para ser o Dia dos Médicos, dia 18 de outubro, no Ocidente.

Na Idade Média, Moisés ben Máimon foi um exemplo de médico escritor. Ele que nasceu em 1135, na Aljama de Córdoba e se tornou conhecido no Ocidente como Maimônides, o grande médico judeu. Além de médico, Maimônides foi humanista, filósofo, teólogo e astrônomo. Seu conhecimento abrangia diversos ramos do saber humano e, dessa forma, é considerado um dos luminares do pensamento judaico. (NAJMANOVICH, 2006) Durante o século XII, após se exilar, Maimônides escreveu suas primeiras obras: um comentário ao Talmud Babilônico,² em árabe, e um manual em hebraico para o Talmud Jerosolimitano.³ Anos depois, com o aumento das perseguições aos judeus, se transferiu para o Egito e, com a morte de seu pai e de seu irmão, iniciou os estudos em Medicina. Maimônides acreditava haver uma relação entre as doenças físicas e espirituais do homem. Sua obra filosófica considerada mais importante é *O guia dos perplexos*, que se trata de reflexões sobre a compatibilidade entre as afirmações de Aristóteles e dos filósofos do século IV a.C. e os princípios do judaísmo. (NAJMANOVICH, 2006)

Durante o século XV, certas faculdades de Medicina na Europa começaram a exigir avaliação nas artes para que os estudantes obtivessem seus diplomas. No período do Renascimento, houve mudanças nos padrões das formações médicas europeias, passando-se a incluir nelas poesia, filosofia, matemática e eloquência. (AZEVEDO, 2015) Na Idade Moderna muitos médicos estabeleceram vínculos com a literatura, como Thomas Campion (1567-1620), Luis Barahona de Soto (1548-1595) e Jacques Grévin (1539-1570). A partir do século XIX, gradualmente, o saber

2 Coleção de opiniões rabínicas escrita na Babilônia entre os séculos III e V.

3 Coleção de notas rabínicas sobre a tradição oral judaica.

humanístico perdeu espaço na formação médica devido ao desenvolvimento das ciências biológicas. (AZEVEDO, 2015) Contudo, a relação entre Medicina e literatura continuou existindo e entre alguns dos reconhecidos médicos escritores da Idade Contemporânea, é possível citar Joaquim Manuel de Macedo (1820-1882), Arthur Ignatius Conan Doyle (1859-1930), João Guimarães Rosa (1908-1967) e Moacyr Scliar (1937-2011).

Joaquim Manuel de Macedo nasceu em 1820, em Itaboraí, no Rio de Janeiro. Além de médico e escritor, exerceu outras inúmeras atividades, como a de articulista de diversos jornais, de membro de instituições culturais, de censor teatral, de professor e de político. Formou-se em Medicina em 1844, mas atuou como médico durante pouco tempo. (BIBLIOTECA NACIONAL DIGITAL, 2021) Ao longo do curso de Medicina, Macedo se interessou pela literatura, principalmente pelo Romantismo, gênero ainda novo no Brasil da época. Em 1844, além de defender sua tese de doutoramento, *Considerações sobre a nostalgia*, o escritor publicou o seu primeiro romance, *A moreninha*. Tal obra marcou o Romantismo brasileiro e se tornou sucesso de público e crítica. (BIBLIOTECA NACIONAL DIGITAL, 2021) De acordo com Moraes (2004), o interesse de Macedo pelo estudo dos sentimentos e pelas questões de seu tempo são aspectos comuns entre a tese *Considerações sobre a nostalgia* e o livro *A moreninha*. Segundo Scliar (2005), o tema “nostalgia”, contemplado em sua tese médica, se situa na fronteira entre a literatura e a Medicina, sendo também um tema de forte apelo para os românticos. Na época em que Macedo escreveu o romance *A moreninha*, certos médicos, baseados em princípios da higiene, começaram a propor novos padrões para as relações matrimoniais. A idade ideal para o casamento passou a ser entre 18 e 25 anos e certos critérios físicos e morais deveriam ser cumpridos pelos noivos. (MORAES, 2004) Assim, muitos dilemas emergiram nas relações amorosas do período, o que fica claro na história de amor de Augusto e Carolina, protagonistas do romance de Macedo.

Outro médico e escritor que ficou conhecido mundialmente por conta de suas histórias foi Sir Arthur Ignatius Conan Doyle. Conan Doyle nasceu em Edimburgo, no ano de 1859, e estudou Medicina entre 1876 e 1881 na faculdade situada em sua cidade natal. Durante a graduação, Conan Doyle escreveu algumas histórias, mas só em 1886, depois de formado, criou a personagem Sherlock Holmes, protagonista que lhe rendeu fama mundial. Inicialmente, a primeira história da personagem foi elaborada com o título de *A tangled skein* e, dois anos depois, publicada como *A study in scarlet*. Em 1891, enquanto escrevia alguns contos sobre Sherlock Holmes, Conan Doyle decidiu abandonar a carreira médica para se dedicar somente à literatura. (ARTHUR CONAN DOYLE, 2021)

Manfroi (2011) usa o termo “genética social” para se referir aos hábitos que as pessoas aprendem através de modelos e exemplos. No livro *Médicos escritos: uma longa e contínua tradição*, o autor explica a motivação para os médicos gaúchos gostarem de escrever através do conceito de “genética social”. É possível utilizar essa relação também com Conan Doyle, visto que ele teve modelos importantes durante sua vida que, possivelmente, contribuíram para seu gosto pela escrita. Sua mãe, Mary Doyle, por exemplo, era uma grande contadora de histórias. Enquanto frequentava a universidade, Conan Doyle conheceu autores como James Barrie (1860-1937) e Robert Louis Stevenson (1850-1894), além de ter tido Joseph Bell (1837-1911) como professor. Acredita-se que Bell tenha exercido grande influência na vida e obra de Conan Doyle, já que valorizava e possuía muitas das qualidades que foram encontradas, mais tarde, na personalidade do detetive Sherlock Holmes. (ARTHUR CONAN DOYLE, 2021)

Importante médico e escritor brasileiro, conhecido mundialmente, João Guimarães Rosa, nasceu em Codisburgo, Minas Gerais, no ano de 1908. Coursou Medicina em Belo Horizonte, graduando-se em 1930. Como médico, Guimarães Rosa trabalhou clinicando em Itaguara e foi capitão médico da Força Pública do Estado de Minas Gerais. Após isso, em 1934, foi transferido para Barbacena, como oficial médico, onde decidiu abandonar a Medicina e seguir carreira diplomática. (ROCHA, 2002) Além da diplomacia, Guimarães Rosa também se dedicou à literatura e, em algumas de suas obras, tratou de temas médicos como a malária (em *Sarapalha*), doença mental (em *Sorôco, sua mãe, sua filha*), acidentes ofídicos (em *Bicho mau*), e doenças oculares (em *Campo geral*). (ROCHA, 2002) Como já mencionado, segundo autores como Hernandez (2006), certos médicos escritores contam sobre o que a vida lhes mostra e ensina de forma diferenciada, porque, ao exercerem sua profissão, vivenciam situações extremas com muita proximidade. Apesar de não ter sido produzida enquanto Guimarães Rosa atuava como médico, a obra *Grande sertão: veredas*, publicada em 1956, se relaciona com essa ideia, dadas as suas características de narrativa construída com base em experiências de vida.

Moacyr Jaime Scliar, médico e escritor brasileiro de uma geração mais recente, nasceu em Porto Alegre, no ano de 1937. Seus pais eram de origem russa, chegaram ao Brasil em 1904 e aqui tiveram três filhos, sendo Scliar o mais velho. Em 1955, o primogênito iniciou seus estudos em Medicina, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), formando-se no ano de 1962. Fez residência em Medicina Interna e continuou se especializando em Saúde Pública. (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, [200-]) A relação de Scliar com a literatura se estabeleceu desde a infância, quando já demonstrava suas inclinações para a escrita e a leitura. O próprio nome Moacyr foi uma escolha feita após sua mãe ler *Iracema*,

do escritor José de Alencar. Em 1962, ano da sua formatura em Medicina, Scliar publicou o seu primeiro livro, intitulado *Histórias de médico em formação*, com contos baseados na sua experiência como estudante. Todavia, o escritor considera que sua primeira obra foi *O carnaval dos animais*, publicada em 1968. Ao todo, Moacyr Scliar é autor de 74 livros de diversos gêneros, alguns dos quais publicados em vários países. (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, [200-])

A condição de filho de imigrantes e sua formação como médico na área de Saúde Pública foram influências para muitas das obras de Scliar. A já mencionada *O carnaval dos animais* denota suas vivências com relação a questões como a doença, o sofrimento, a morte e a realidade brasileira. Tais questões são também perceptíveis em outras obras, como *A majestade do Xingu* e *A paixão transformada: história da medicina na literatura*. (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, [200-]) Segundo Manfroi (2011), além dessas, existiram outros elementos que influenciaram a relação do médico com a literatura, como os moradores do bairro Bom Fim, em Porto Alegre, e o grupo literário de estudantes a que o escritor pertenceu, enquanto cursava Medicina.

Para Moacyr Scliar ([200-]), a leitura se tornou um recurso terapêutico ao longo dos anos. Em seu livro *A palavra mágica*, o médico registrou uma frase sobre a relação entre a Medicina e a literatura que chama atenção:

Além do território da emoção humana, médicos e escritores também compartilham um instrumento comum: a palavra. É claro que nos dois casos a atitude é diferente. O médico avalia a emoção, o escritor utiliza-a como matéria-prima. (SCLIAR, 2006, p. 22)

A existência de tantos médicos escritores levou à criação de algumas associações, cujo intuito é compartilhar suas produções literárias e divulgá-las. O Groupement des Écrivains Médecins (GEM) foi a primeira entidade conhecida de médicos escritores. Fundada em 21 de fevereiro de 1949, teve como presidente Maurice Bedel. O primeiro congresso dessa entidade foi realizado na cidade de San Remo, na Itália, em 1956. Rapidamente, o GEM conquistou prestígio e se difundiu internacionalmente. Posteriormente, seu nome foi alterado para Union Mondiale des Écrivains Médecins (Umem). (Begliomini; Salun, 2008)

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Escritores Médicos (Sbem) foi fundada em 23 de abril de 1965, nas dependências da Associação Paulista de Medicina (APM), na presença de 18 sócios fundadores. Seu criador, o cirurgião Eurico Branco Ribeiro, era natural de Guarapuava, Paraná, e radicado em São Paulo. A primeira sede da sociedade foi o Sanatório São Lucas, cujo presidente era o próprio dr. Eurico Branco. A instituição ficava localizada na Rua Pirapitingui, nº 80, no bairro

ro Liberdade, na capital paulista. O congresso da Umem, realizado na Grécia, em 1961, e do qual participou um grupo de médicos literatos brasileiros, liderados por Eurico, foi um grande incentivo para a criação da Sbem. A fundação da entidade brasileira foi incentivada por Lucien Diamont-Berger, então secretário da Federação Internacional da Sociedade de Escritores Médicos, por meio de uma carta à Eurico Branco Ribeiro, escrita em 1963. Quando fundada, a agremiação teve como primeiro presidente o dr. Gláucio Bandeira e como secretário-tesoureiro o dr. Eurico Branco. (Begliomini; Salun, 2008)

A sociedade começou sua expansão para outros estados da federação em 1968, durante o mandato do presidente dr. Carlos da Silva Lacaz (1968-1970). Neste período, houve a criação e aprovação do “Regulamento das Regionais da Sociedade Brasileira de Escritores Médicos”. Esse documento dava apoio à formação de novos núcleos administrativo-literários em outros estados da federação. Assim, foram criadas, em ordem cronológica, as seguintes regionais: Bahia (05/12/1968), Guanabara (12/02/1969), que com a fusão do estado da Guanabara, em 1975, passou a ser denominada regional do Rio de Janeiro, Paraná (14/08/1969), Minas Gerais (07/08/1970), São Paulo (28/12/1971), Pernambuco (24/02/1972), Paraíba (10/08/1974), Maranhão (25/03/1976), Alagoas (19/03/1977), Piauí (anterior a 1979), Rio Grande do Norte (anterior a 1981), Ceará (24/08/1982), Amazonas (1986), Mato Grosso do Sul (12/07/1996), Rio Grande do Sul (22/04/1997), Santa Catarina (28/08/1999), Goiás (29/02/2000), Sergipe (16/05/2000), Pará (21/02/2001), Espírito Santo (20/03/2001), Rondônia (07/11/2001), Distrito Federal (28/05/2002) e Tocantins (12/07/2004). (Begliomini; Salun, 2008)

Nos anos 1970, em uma reunião da regional do Rio de Janeiro, sob a presidência de Mateus Vasconcelos, foi primeiramente colocada a proposta de se mudar o nome da sociedade de Sociedade Brasileira de Escritores Médicos (Sbem) para Sociedade Brasileira de Médicos Escritores (Sobrames), motivada pelo fato de que os membros participantes eram originária e primordialmente médicos e, depois, escritores. A proposta, de autoria do dr. Tito de Abreu, foi aceita por alguns membros da sociedade, contudo, os mais antigos da entidade não a receberam com muito entusiasmo. Os últimos acreditavam que a proposta alterava a tradição já em curso, além de não seguir a nomenclatura da entidade-mãe internacional (a Umem). A mudança de nome ocorreu em 27 de setembro de 1979, em uma assembleia geral realizada em Belo Horizonte e convocada especialmente para esse fim. Vale destacar que, nesta ocasião, houve consulta à Umem, que não manifestou oposição à mudança da nomenclatura, de modo que a entidade brasileira continuou filiada a ela. A sigla Sobrames passou a ser utilizada em 1981, como sugestão da regional do Paraná e tendo sido aceita pelas demais regionais, exceto pela regional de São Paulo. A última se segregou das demais, continuou a utili-

zar a sigla Sbem e foi extinta depois de pouco tempo. Uma regional paulista da Sobrames foi criada em 1988. (Begliomini; SALUN, 2008)

Outra discordância ocorreu na Sobrames na passagem de sua presidência nacional de Urcício Santiago, da Bahia (1990-1992), para Waldenio Florêncio Porto, de Pernambuco (1992-1994). O desentendimento se deu pela antecipação da posse de Waldenio Porto, concretizada com o intuito de se realizar o XIV Congresso da Sobrames Nacional, durante as comemorações do carnaval de Recife, objetivando atrair mais participantes para o evento. Urcício Santiago discordou da antecipação, alegando que seu mandato seria encurtado e não compareceu ao congresso. Poucos meses depois, Santiago faleceu e, com isso, todos os registros das atas da entidade foram perdidos, desde a sua fundação. (Begliomini; SALUN, 2008)

A Sobrames, desde sua origem, se constitui enquanto uma associação cultural, sem fins lucrativos, formada por médicos e associados que se dedicavam à literatura não científica. Essa associação realiza, até hoje, congressos a cada dois anos, promovidos sempre por uma regional, o Congresso Brasileiro de Médicos Escritores, no qual se elege o presidente da entidade para um mandato de dois anos. Além desses congressos, a Sobrames promove reuniões mensais, onde são apresentados trabalhos literários, jornadas médico-literárias e eventos internacionais em associação com a Liga Sul Americana de Médicos Escritores (LISAME), com sede em Buenos Aires e a União Mundial de Escritores Médicos (Umem), com sede em Lisboa. Somado a isso, as regionais da Sobrames promovem diversas publicações, como coletâneas e antologias com os trabalhos dos membros. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MÉDICOS ESCRITORES, [202-])

A Sobrames possui um juramento que deve ser prestado por todo sócio ao ingressar na entidade. Tal juramento foi criado por Virgílio Augusto Bezerra, da regional fluminense, e aprovado em assembleia no X Congresso Brasileiro de Médicos Escritores, realizado em Curitiba, em 1984. Este prevê os seguintes compromissos a serem assumidos pelos membros da entidade:

Prometo cultivar as letras, engrandecê-las e divulgá-las com o maior empenho. Prometo, também, na qualidade de médico, observar os postulados da Ética Médica, no que diz respeito à verdade científica. Finalmente, através das letras, prometo esclarecer a verdade, isenta de preconceitos. (Begliomini; SALUN, 2008, p. 19)

MEDICINA E LITERATURA NA/DA BAHIA

Com o intuito de enaltecer a literatura médica e cultivar as letras, a Sobrames – Regional Bahia foi reaberta somente na década de 1990, com a dra. Coracy Bessa,

que conduziu a sociedade por alguns anos como presidente, promovendo concursos anuais de contos, poesias e outros gêneros literários. Durante seus anos de existência, a Sobrames/BA foi presidida por alguns médicos escritores baianos, sendo seu último presidente o dr. Ildo Simões. Lamentavelmente, diante da pouca interatividade de seus membros, em janeiro de 2021, o dr. Ildo solicitou o fechamento da regional Bahia. Em entrevista, ele lamentou o ocorrido e o atribui à era da conectividade, da expansão da internet e das redes sociais, motivo que levou à diminuição da participação de seus membros remanescentes e, conseqüentemente, ao fechamento da sociedade.

Com o fechamento da Sobrames/BA muito se perdeu. No entanto, não se pode deixar de destacar grandes nomes de médicos escritores da Bahia, conhecidos e premiados mundialmente. Entre os mais antigos, temos nomes como: Caetano Lopes Moura, João Baptista dos Anjos, Cipriano Betâmio, Francisco dos Santos Pereira, Júlio Afrânio Peixoto e Antônio José Alves. Entre os mais recentes temos nomes como: Urcício Santiago, Coracy Teixeira Bessa, Ildo Simões Ramos, Marli Piva Monteiro, Álvaro Nonato de Sousa, Roberto Figueira Santos, médicos atuantes na Medicina, e estudantes que já iniciaram a sua carreira literária, a exemplo de Alan Roger Dias, estudante da FMB. Dentre os nomes citados, ganham destaque neste capítulo Júlio Afrânio Peixoto, Ildo Simões Ramos e Alan Roger Dias. Figuras icônicas que carregam na literatura suas vivências em prosa, verso, poesia, romance e cordel.

Personagem de destaque na Medicina e literatura brasileiras, Júlio Afrânio Peixoto nasceu em Lençóis (BA), em 17 de dezembro de 1876. Seu pai, Francisco Afrânio, descendente de portugueses, comerciante de diamantes e fazendeiro de cacau, atuava como desenhista, pintor e músico amador. Uma das produções do capitão Francisco foi a composição do Hino da Cidade de Canavieiras, que traz em um de seus versos a felicidade de se avistar as caravelas de Cabral. Francisco era casado com Virgínia de Moraes Peixoto (FONSECA, [2002]) e juntos, tiveram onze filhos, os quais tornaram-se freiras, padres, farmacêuticos, advogados e dentistas. Afrânio, o primogênito, foi orientado para uma carreira acadêmica desde jovem, perpassando por diversos tutores, até que, em 1882, ingressou na FMB. (SITE..., 2021) Tornou-se médico pela 81ª turma desta instituição, em 1897, ano da Guerra de Canudos. (JÚLIO..., 2008)

A tese inaugural de Afrânio Peixoto, intitulada *Epilepsia e Crime*, conjuga duas grandes influências extremamente contraditórias que teve ainda enquanto estudante. A de Nina Rodrigues, médico patologista e criminalista, com a noção do negro como um indivíduo degenerado. E a de Juliano Moreira, psiquiatra e negro, que conduziu Afrânio Peixoto ao universo da Psiquiatria e das moléstias nervosas. Por estímulo de Nina Rodrigues, Afrânio Peixoto tornou-se prepara-

dor de Medicina Legal na faculdade em que se formou. (FONSECA, [2002]) Em 1900 publicou sua primeira obra literária *Rosa Mística*, parte do movimento do Simbolismo.

Afrânio Peixoto mudou-se para o Rio de Janeiro em 1902, para atuar como inspetor de Saúde Pública. No ano seguinte, foi eleito membro da Academia Nacional de Medicina. (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, [2020?]) Em 1904, assumiu interinamente a diretoria do Hospital Nacional de Alienados, substituindo Juliano Moreira. Durante sua gestão, que acabaria no mesmo ano, estimulou a pesquisa científica. Entre 1904 e 1906, viajou pela Europa, dedicando parte de seu tempo no Velho Continente a visitas ao Instituto Pasteur. No ano seguinte ao seu retorno para o Rio de Janeiro, foi nomeado professor da cadeira de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, cargo no qual permaneceu até 1915, quando se tornou diretor da Escola Normal do Rio de Janeiro. Em 1916, assumiu a direção da Instrução Pública do Distrito Federal, onde permaneceu até 1924. (FONSECA, [2002])

Enquanto professor, fato curioso lhe aconteceu. Em 1909, foi responsável pela autópsia de Euclides da Cunha, autor de *Os Sertões*, livro sobre o povoado de Canudos. Dois anos depois, em 1911, enquanto viajava pelo Egito, mesmo à sua revelia, foi eleito para Academia Brasileira de Letras, para cadeira número sete, antes pertencente ao referido escritor. Em vista disso, começou a escrever o romance *A Esfinge*, obra que teve bastante repercussão. Em seguida, escreveu uma trilogia de romances regionalistas – *Maria Bonita* (1914), *Fruta do Mato* (1920) e *Bugrinha* (1922) – e alguns romances urbanos, como *As razões do coração* (1925), *Uma mulher como as outras* (1928) e *Sinhazinha* (1929). (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, [2020?]) Mesmo com diversas obras originais, cerca de 40% da produção de Afrânio Peixoto foi crítica, teórica ou de história literária. (BIBLIOTECA DIGITAL DE LITERATURA DE PAÍSES LUSÓFONOS, [2020]) Pelo desprezo a inovações, direcionou críticas ao movimento modernista, a troco de semelhante desaprovção, por manter seu ideal de literatura enquanto “sorriso da sociedade”. (AFRÂNIO..., [200-])

A Academia Brasileira de Letras enquadra Afrânio Peixoto como um homem de personalidade “fascinante, radiante e animadora”, além da hábil na disposição de palavras em conferências, o que cativava quem o ouvia. (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, [200-?]) Talvez por isso, em 1924, tenha sido eleito deputado federal, cargo que manteve até 1930. Dentre seus ideais políticos, cabe destacar a oposição à imigração de pessoas não brancas para o Brasil, como proferido em 1923, quando presidente da Academia Brasileira de Letras: “Quantos séculos serão precisos para depurar-se todo esse mascavo humano? Teremos albumina suficiente para refinar

toda essa escória? Não bastou a Libéria, descobriram o Brasil?”. (PEIXOTO, 1923 apud RAMOS, 1996, p. 68)

Ainda em 1932, tornou-se professor de História da Educação do Instituto de Educação do Rio de Janeiro. Em 1935, ocupou o cargo de reitor da Universidade do Distrito Federal (UDF) recém-fundada e baseada nos princípios de Anísio Teixeira. Em vista de filosofias político-partidárias divergentes na instituição, seja por parte de integralistas, comunistas ou apoiadores do então presidente Getúlio Vargas, a UDF foi extinta em 1939, encerrando a trilha profissional de Afrânio Peixoto. (JULIO..., 2009)

A Bahia ainda conta com outros médicos escritores, agora contemporâneos. Dois dos quais tivemos a honra de entrevistar. Autointitulando-se como “safra recente” de médicos escritores da Bahia, Ildo Simões Ramos⁴ nasceu na Fazenda Ribeirão do Cacau, situada no distrito de Itapé (BA), em 11 de janeiro de 1936. Aos 12 anos saiu da “roça” e foi morar em Itabuna para estudar. Completou o ensino médio em Salvador, onde também estudou Medicina, na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), formando-se em 1962. Depois de graduado, trabalhou por oito anos em Itabuna e mudou-se novamente para Salvador, onde continua a atender como clínico geral e a aprender Pneumologia.

No período da Ditadura Militar no Brasil, Ildo Simões tentou fazer um curso de Pneumologia em Paris, na França, onde ficou por quatro meses em estágio não oficial e sem bolsa de estudos. Ao retornar ao Brasil, foi informado de que a bolsa de estudos pretendida estava disponível, no entanto, não foi possível cursar o estágio que almejava devido à ausência de um atestado de liberação do presidente, à época. Estando no Brasil, continuou trabalhando como médico clínico e pneumologista. Atuou também como perito e auditor da Previdência, dirigiu centros de saúde em Salvador e Itabuna, foi fundador e primeiro presidente do Clube dos Médicos da Região Cacaueira. Após certo tempo trabalhando em Itabuna, dr. Ildo voltou a Salvador e conheceu a Sobrames/BA, onde se inscreveu como membro. Passado algum tempo, participou de concursos. Como escritor, foi diversas vezes premiado em concursos regionais e nacionais, e escreveu crônicas para jornais da capital e interior da Bahia por dois anos. Durante 25 anos, Ildo trabalhou como médico fiscal do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB), aposentando-se aos 85 anos.

Para o dr. Ildo Simões, na Medicina, labuta e arte se misturam e se complementam. Escrever crônicas, poesias e cordel faz parte do seu imaginário, que conjuga o técnico à produção da arte, da literatura: “*Contar causo, mais que um*

4 Entrevista concedida a Fernanda Figueiredo Nunes, coautora deste capítulo, em 31 de janeiro de 2021.

dom, é uma especialidade. E está faltando justamente esta especialidade no currículo médico". Para escrever, Ildo Simões tem vasto repertório, fruto da sua vivência como médico, e inspirado nas histórias de consultório, as quais transforma em arte. Curiosamente, como pai, o dr. Ildo mal sabia contar histórias infantis à sua filha, mas como escritor se descobriu transpondo sua vivência médica para a arte de escrever "causos". Entre seus maiores trabalhos literários estão crônicas, cordéis e poesias. Em 2017, publicou seu primeiro livreto, *A idade de co(m)dor – historinhas mentirosas com gosto de verdade ou vice-versa*. Através do gênero satírico, ele conta a vivência de idosos no mundo moderno. No mesmo ano, Ildo Simões publicou outro livreto chamado *A virgem de sete maridos*. Em seguida, publicou *Miolo de Pote – crônicas, causos e invenções do bestunto* (2019); *Falou cai na boca do povo*; *Caleidoscópio 2*, teve participação na obra publicada *Antologia da Sobrames (SE)* e em coletâneas livres de crônicas e poesias. Como escritor baiano, Ildo Simões é um dos representantes do Nordeste com o seu estilo literário. Seus cordéis, ainda não publicados, crônicas e poesias carregam o reflexo das suas vivências de consultório unidas a invenções de uma mente criativa e apaixonada pela literatura. Para ele, o médico precisa não apenas trabalhar como especialista, mas conhecer os termos utilizados pela população em sua diversidade, e essa Medicina se aprende ouvindo ou lendo seus "causos" das práticas médicas.

Uma nova geração de médicos escritores deve ser destacada. Alan Roger Dias,⁵ é estudante da FMB. Pela frase introdutória de sua entrevista, fica clara sua distinção dos demais. A forma com que parte da nova geração cultiva e entende a literatura a partir da formação médica é reflexo das mudanças que a sociedade sofreu ao longo das décadas. Alan opta por escrever apenas pelo celular, por considerar ser mais fluido, mais dinâmico. Além disso, diz que divulgar seus livros e poesias através das redes sociais é mais cômodo – seja por Facebook, Instagram ou da rede social Medium. Outra plataforma que o autor utiliza é o Pinterest, a fim, sobretudo, de idealizar a capa de seus livros. Filmes, músicas e livros de outros autores são inspirações para seus poemas – dois dos quais estão disponíveis em plataformas digitais. Não obstante, o autor constrói, a partir de suas inspirações, um banco de anotações no celular, com tudo armazenado em nuvens.

Alan não escreve por obrigação financeira, nem para um público-alvo específico: "*Escrevo por necessidade. Escrevo, porque eu preciso*", diz. A tristeza e o amor são suas inspirações, que vem em surtos, de forma randômica. Tudo começou quando, na segunda série, sua escola promoveu uma atividade em que todo estudante deveria produzir um livro ilustrado de poemas. Ainda criança, escreveu o

5 A entrevista foi concedida a Pedro Fernandes Abbade, coautor deste capítulo, no dia 19 de janeiro de 2021.

livro *Pingo de poesia*. Alan diz que se sentiu realizado com a produção. Inclusive, um dos poemas do seu livro foi publicado no jornal da cidade em que morava, no interior de Minas Gerais. Conforme cresceu, continuou escrevendo, mostrando seus poemas para amigos próximos e alguns professores. Ao completar 18 anos, Alan estava numa fase depressiva. Sua mãe reuniu os poemas por ele produzidos e enviou para sua escritora favorita, Adélia Prado. Ela respondeu: “*Você é poeta; ponto. Isto já é motivo suficiente de alegria! Então tudo o ferirá: o lixo, a catedral e a forma das mãos. Sua enorme sensibilidade é um dom para alegria e para a dor*”. Em seguida, Adélia explicou o processo de publicação para Alan. Publicar um livro de poesias não foi tarefa fácil para o autor, como expresso em sua fala: “*São pedaços de mim para serem julgados*”. Ele prefere não ter consciência da exposição que uma publicação do tipo acarreta. Ao mesmo tempo, afirma que “*assim como a ciência, a arte precisa ser divulgada. Ela existe para além do autor*”. Prevalece o pensamento libertador em sua primeira obra, *Pé de Mostarda*.

Em seguida, iniciou o curso de Medicina, ao mesmo tempo que sua identidade era questionada. Com uma formação cristã, Alan viu conflito entre sua ética e o fato de ser homossexual. Na faculdade, contou com apoio dos amigos e aprendeu a encarar o mundo sob a ótica científica, o que o ajudou a se reconhecer como quem era. Fez também imersão em conteúdos biomédicos: “*artérias*”, “*pulsar*” e “*agnosia*” são algumas das expressões presentes em seus poemas que ajudam a construir um “*realismo importante para minhas metáforas*”, explica. Entretanto, pela carga horária extensa e por não oferecer contato com literatura não médica, a Faculdade de Medicina fez com que Alan se sentisse desamparado para aprimorar sua escrita.

Entre a publicação de seu primeiro e segundo livro, *O que nasce dentro de mim quando o sol se põe não é a lua*, muito mudou. Quase no final do curso médico e “*ainda descobrindo esse universo novo*”, de mais liberdade, Alan passou a viver a pandemia de covid-19 e suas consequências sanitárias e emocionais. Com mais tempo, todo seu segundo livro foi escrito e publicado durante o período de isolamento social, na primeira metade de 2020. Entretanto, além de tempo, novos estímulos surgiram, principalmente a angústia de estar em casa e não poder sair, a introspecção, a reflexão e a ausência do contato físico com as pessoas. Dessa distância surgiu o poema *Pandemia do silêncio*, fruto de questionamentos a exemplo de: como expressar o que é dito somente pelo toque ou pelo abraço? Reconhecer a situação do próximo, o que Alan julga ter aprendido durante sua formação cristã, o fez criar um projeto em que parte da arrecadação advinda das vendas de um de seus livros foi revertida em doações a pessoas em situação de rua de Salvador, para auxiliar o enfrentamento da pandemia de covid-19.

Apesar de entrelaçar Medicina e literatura em sua vida, Alan considera isso mera coincidência. Segundo ele, Medicina é apenas uma profissão, que não define todas as suas facetas. Reconhecendo a longa jornada literária a ser percorrida, julga interessante atrelar os dois mundos e sente-se instigado para tal. Mesmo que o título profissional ainda não tenha sido cedido a Alan quando este capítulo foi escrito, sua experiência no mundo médico e literário demonstram similaridades nas motivações de diferentes gerações, ao mesmo tempo em que a forma com que produz distingue a sua das demais. Mais importante, suas inspirações mostram que nem a Medicina, e tampouco a produção literária, é pautada por exclusividade. A personalidade é componente indispensável da escrita de Alan.

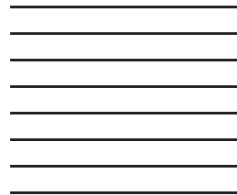
REFERÊNCIAS

- ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. *Afrânio Peixoto*: biografia. [200-?]. Disponível em: <https://www.academia.org.br/academicos/afranio-peixoto>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. *Moacyr Scliar*: biografia. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <https://www.academia.org.br/academicos/moacyr-scliar/biografia>. Acesso em: 26 jan. 2021.
- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. *Júlio Afrânio Peixoto*. Rio de Janeiro [2020?]. Disponível em: <http://www.anm.org.br/julio-afranio-peixoto/>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- AFRÂNIO Peixoto. In: ENCICLOPÉDIA Itaú Cultural de Arte e Cultura Brasileiras. São Paulo: Itaú Cultural, [200-]. Disponível em: <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/pessoa21573/afranio-peixoto>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- ARTHUR CONAN DOYLE. *Biography*. Disponível em: <https://www.arthurconandoyle.com/biography.html>. Acesso em: 24 jan. 2021.
- AZEVEDO, V. F. Uma breve história da arte na formação de médicos. *Revista Iátrico*, Curitiba, n. 35, p. 40-48, 2015.
- Begliomini, H.; Salun, M. G. *Sobrames paulista*: compêndio dos seus vinte anos de história (1988-2008). São Paulo: Rumo, 2008.
- BIBLIOTECA DIGITAL DE LITERATURA DE PAÍSES LUSÓFONOS. *Afrânio Peixoto*. Florianópolis, [2020]. Disponível em: <https://www.literaturabrasileira.ufsc.br/autores/?id=3749>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- BIBLIOTECA NACIONAL DIGITAL. *Joaquim Manuel de Macedo*. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/joaquim-manuel-de-macedo/>. Acesso em: 24 jan. 2021.
- BONALUME NETO, Ricardo. *Uma pesquisa completa*. São Paulo, 1999. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/ciencia/fe07029902.htm>. Acesso em: 30 jan. 2021.

- BYNUM, W. F.; PORTER, R. (ed.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London: Routledge, 2013.
- CHEREM, A. J. Medicina e arte: observações para um diálogo interdisciplinar. *Acta fisiátrica*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 26-32, 2005.
- COUTINHO, M. O Nobel perdido. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 7 fev. 1999. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/ciencia/fe07029901.htm>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- FONSECA, M. R. F. da. Peixoto, Júlio Afrânio. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Rio de Janeiro [2002]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/julafpeix.htm#topo>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- FRANCIS, G. Medicine: Art or Science? *The Lancet*, London, v. 395, n. 10217, p. 24-25, 2020.
- GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. Approach to Medicine, the Patient, and the Medical Profession: Medicine as A Learned and Humane Profession. In: GOLDMAN, L.; DENNIS, A. (ed). *Cecil's Text Book of Medicine, Approach to Medicine, the Patient, and the Medical Profession: Medicine as Learned and Humane Profession*. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 1-2.
- HERNANDEZ, D. P. O que os médicos contam? *Revista Paraense de Medicina*, Belém, v. 20, n. 2, p. 75-77, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v20n2/v20n2a17.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.
- HIPPOCRATES. *Hippocrates*. Tradução William Henry Samuel Jones. Cambridge: Harvard University Press, 1923.
- JÚLIO Afrânio Peixoto: galeria dos professores encantados. Lista dos Professores Encantados. [Salvador, 2008]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/96>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- JULIO Afrânio Peixoto. In: FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil*. São Paulo: CPDOC/FGV, 2009. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/julio-afranio-peixoto>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- LLOYD, G. (ed.). *Hippocratic Writings*. Tradução J. Chadwick *et al.* London: Penguin UK, 2005.
- MANFROI, W. C. *Médicos escritores: uma longa e contínua tradição*. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www.waldomirocarlosmanfroi.com.br/livros/pdf/49.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.
- MASINA, L. *Literatura e medicina: diálogos possíveis*. Porto Alegre, 13 ago. 2010. Disponível em: http://www.celpcyro.org.br/joomla/index.php?option=com_content&view=article&Itemid=0&id=450. Acesso em: 18 jan. 2021.

- MILHEIRO, J. Arte e medicina. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Porto, v. 4, n. 2, p. 39-59, jul./dez. 2002.
- MORAES, D. Z. A “tagarelice” de Macedo e o ensino de história do Brasil. *História*, São Paulo, v. 23, n. 1/2, p. 85-107, 2004.
- MORUJÃO, G. São Lucas, o patrono dos médicos. *Revista Bíblica*, Fátima, PT, n. 308, p. 3-7, jan./fev. 2007.
- NAJMANOVICH, R. L. *Maimônides*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- OSSWALD, Walter. Medicina e arte uma ressonância. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 60-62, 2002.
- PANDA, S. C. Medicine: Science or Art? *Mens Sana Monographs*, Mumbai, v. 4, n. 1, p. 127-138, 2006.
- PERRONE-MOISÉS, L. Da cólera ao silêncio. *Cadernos de Literatura Brasileira Raduan Nassar*, São Paulo, v. 2, p. 61-77, 1996.
- RAMOS, J. S. Dos males que vêm com o sangue: as representações raciais e a categoria do imigrante indesejável nas concepções sobre imigração da década de 20. In: MAIO, M. C. (org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 59-82.
- ROCHA, L. O. S. Guimarães Rosa e a Medicina. *Scripta*, Belo Horizonte, v. 5, n. 10, p. 249-256, 1º sem. 2002.
- SALIS, L. H. Á.; SILVA, N. A. S. e. Medicina: quando a arte, a ciência e a tecnologia se associam para cuidar das pessoas. *Revista da SOCERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 157-166, jul./ago./set. 2003.
- SCLIAR, Moacyr. Literatura faz bem para a saúde. *Revista Prosa, Verso e Arte*, [s. l.], [200-]. Disponível em: <https://www.revistaprosaversoearte.com/literatura-faz-bem-para-saude-moacyr-scliar/>. Acesso em: 26 jan. 2021.
- SCLIAR, M. *A paixão transformada: história da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- SCLIAR, M. *A palavra mágica*. São Paulo: Moderna, 2006.
- SCLIAR, M. Saudade sinistra. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 161-163, mar. 2005. Resenha da obra de: MACEDO, Joaquim Manuel. Considerações sobre a nostalgia. Campinas: Edunicamp, 2004.
- SITE genealógico da família Afrânio Peixoto. Disponível em: www.afranio.peixoto.nom.br/PJulio.asp. Acesso em: 30 jan. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MÉDICOS ESCRITORES. Regional de São Paulo. *Quem somos*. São Paulo, [202-]. Disponível em: <http://sobramespaulista.blogspot.com/p/sobrames-sp.html>. Acesso em: 29 jan. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Instituto de Estudos Avançados Transdisciplinares. *Medicina e Literatura*. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <https://www.ufmg.br/ieat/2011/10/medicina-e-literatura/>. Acesso em: 19 jan. 2021.



3

O RESGATE DA ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE

Bruna Campos Carvalho Góes
Nágila Karinna Boaventura da Silva
Jéssica Lais Frexeira Nascimento
Marina Evangelista Ferrer
Ellen Fernanda Silva Moura
André Luiz Peixinho

Ê boa noite Senhores, ô muito bom dia senhoras
Sou eu, um Arretado Repente, protegido pelo menino Deus, Senhor Oxóssi e
Nossa Senhora
Que está chegando agora, para lhe contar a união de retalhos de uma história

E tudo começa lá antes de Cristo
Quando alguém precisava acalmar a fúria da natureza ou do que muitos
chamavam de Deus

*Muitos povos começaram a afugentavam a peste, a doença e as pandemias
Não apenas com oração, reza forte e com muita invocação
Mas sim com pedidos de Agô ou simplesmente clamado a tal da misericórdia*

*Mas Seu José sei lá das quantas já dizia: Tá achando que tudo é fácil ou que
o céu é perto?!*

*Vá lá dar a benção aos mais velhos, pra aprender onde moram as cobras caninas¹
E entender que nem tudo nessa história são lindas flores
Porque existe uma dita-cuja intimidade entre a medicina, a espiritualidade
e a tal da origem das epidemias e pandemias.*

*Isso mesmo que você escutou, seu moço ou dona moça
Antes dessa pandemia de 2020, a tal da Covid-19, tiveram muitas outras mais
Por isso, tem certeza que você vai ficar de fora?
Que tal conhecer a conexão entre a medicina, espiritualidade e história de
muitas pandemias?*

*Oxente rapaz? Deu caruara² antes mesmo de eu te contar que tudo começou
com uma Peste*

*A tal da Peste não é a arretada “cabra da peste” que enaltece a astúcia
feminina da nordestina*

*Mas sim, a doença que chamam também de Peste que um tal de Tucídides³
noticiou como o Terror de Atenas*

*Ela começou nos portos atenienses e se espalhou como rastígio de pólvora
por toda Terra*

*Chegando ao ponto de devastar não foi um, nem dois e nem três
Mas muitos milhões de vidas de cidadãos atenienses e até de japoneses*

*Tá aí um bom exemplo de um substantivo feminino que começa com pan e
termina com mia*

*E que até na bíblia há um grito de alerta sobre a complexidade desta tal da
Peste-Pandemia*

*A chamada Peste bubônica que contaminou ratos infectados
E os coitados foram morder, ninguém mais e ninguém menos*

-
- 1 Uma das maiores serpentes da Mata Atlântica, com fama de ser veloz e voraz.
 - 2 Doença causada por feitiço; quebranto, mau-olhado.
 - 3 Tucídides: historiador da Grécia Antiga e escritor da História da Guerra do Peloponeso, ocorreu entre Esparta e Atenas no século V a.C.

Do que aqueles irmãos, os chamados filhos de Filisteu que viveu antes até do Cristo-Deus

*E sem finalizar é preciso te contar que antes do Sars Covid 19 chegar
Tinha um barril dobrado⁴ que aterrorizou na Idade Média sem aliviar
Dizimando mais de 1/3 da população, fazendo a humanidade chorar
Era a tal da Peste Negra que assim como a Gripe Espanhola nos fizeram ruir
e nos desesperar*

Mas o que seria de nós sem essas provações pandêmicas, lágrimas, dores e ranger de dentes?

Por que querendo ou não todas essas devastadoras Pandemias serviram para nossa elevação

Elevação porque já dizia o Tio João: É impossível demonstrar amor e união sem provação

Só sentindo toda essa dor começamos aprender a cartilha da espiritualidade para darmos as mãos

Porque só a partir de experiências reais de amor e união somos capazes de vencer esse furacão

Mas como se não bastasse, não adiantava acumular tanta mágica sabedoria e não ter a tal da menina

A tal da advogada, curiosa e ciência audaciosa e admirada

Para pesquisar não apenas os sintomas das doenças mas suas causas

Buscando re(construir) uma arte de curar corpos, mentes e almas

Como um embrião, exatamente do tamanho de um grãozinho de feijão

Ela nasce e se torna um substantivo feminino totipotente⁵

Que inicialmente fora dominado apenas por vozes patriarcais

Mas não se intimidou e desbravou espaço que lutam por igualdade para vozes irmãs femininas

E todas juntas ecoaram com força esplêndida libertária com capacidade eterna de lutar

-
- 4 Gíria baiana que pode significar algo muito bom ou algo muito ruim, depende da entonação da fala e do contexto da frase.
- 5 Células que são capazes de diferenciar-se em todos os 216 tecidos que compõem o corpo humano, incluindo a placenta e anexos embrionários. O termo é utilizado como metáfora para se referir a algo que parece pequeno, mas possui um grande potencial.

*Seu nome começa com “emi” e termina com “ina”
Tem ligação com a busca com a conexão que baseie ou transcenda o tangível
E que está atrelada a complexa e indissociável espiritualidade
Essa questionadora arte de curar, chama-se medicina*

*Menina questionadora dos fundamentos da morte, das doenças e da peste
Menina arretada como muitas Marias Bonitas Nordestinas
Ela nasce no Egito, com raízes mágico-religiosas frondosas
Sacraliza a sua espiritualidade invocando suas águas na natureza
Cresce, amadurece e é intitulada de Ciência na Grécia de Hipócrates
E ao se estruturar como Ciência: é tão firme e evoluída como Cacto do Sertão*

*E finalmente tropeça no desejo sedento de entender de onde vem?
Para aonde vai? Como surge? E como resolver uma tal palavra
Que começa com pan e termina com ia
A Implacável pan-de-mia*

(Jéssica Lais Frexeira Nascimento)

O AUMENTO DOS ESTUDOS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E ESPIRITUALIDADE

Enquanto nos séculos XIX e XX, no Brasil, a espiritualidade parecia atrelada à Medicina apenas por meio dos xamãs, povos originários, umbandistas e candomblecistas, com os novos estudos do final do século XX esse cenário começa a mudar. Uma nova Medicina chega, baseando-se em evidências, para cruzar as fronteiras entre o que é físico, mental, emocional e até mesmo espiritual, transcender as concepções de doença e saúde e apresentar ao mundo uma visão mais profunda a respeito do ser humano, seu processo de cura e meios de prevenção para uma vida mais harmônica. Desde então, a espiritualidade, antes ofuscada pelo brilho das grandes maquinarias tecnológicas e pelos, aparentemente, milagrosos medicamentos do mundo ocidental, pôde ser resgatada e unir sua luz à da ciência.

Apesar de pouco conhecidos, a partir da virada do século XIX para o século XX, já havia estudos, no Brasil, descrevendo cultos, práticas e entidades sagradas africanas, relacionando-os com a saúde mental de quem os cultuava. Estudos como o de 1897 feito por Nina Rodrigues, no entanto, demonstraram-se impregnados com o odor perverso do evolucionismo e radicalismo de sua época, julgando a

cultura negra e os próprios negros como menos desenvolvidos do que os brancos. Nina Rodrigues descreveu, no entanto, a riqueza cultural de povos negros e pardos e a importância dessa cultura para a expressão de conflitos e necessidades. (RODRIGUES, 2000)

Tanto Nina Rodrigues quanto o psiquiatra paulista Franco da Rocha (1967), em registro de 1919, na preleção de abertura do curso de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina de São Paulo, pareciam impressionados, em seus estudos, com o acontecimento de Canudos e pelo poder que algumas crenças religiosas podem desempenhar na sociedade e na saúde mental dos indivíduos, denominando o ocorrido de “loucura religiosa” ou “delírio coletivo”. (ROCHA, 1967) Osório César (1939) escreveu um livro de nome *Misticismo e loucura*, sustentado por teses de evolucionismo cultural e primitividade de grupos raciais, onde relacionava aspectos religiosos a doenças mentais.

É possível perceber, deste modo, que a ciência ocidental, quando não estava a negligenciar a dimensão religiosa/espiritual e sua relação com o processo saúde/doença e a considerá-la sem importância, assumia uma oposição a ela, considerando as experiências religiosas indicadores de psicopatologias. No entanto, a ampliação dos parâmetros para a avaliação da saúde e o objetivo de entender a busca pelo sagrado e transcendental resultaram em centenas de estudos feitos nas últimas décadas, que exploram a espiritualidade como fator de influência na saúde física e mental, ao aprimorar o bem-estar e a qualidade de vida. As pesquisas de Medicina com foco na doença dão lugar, então, aos estudos das características adaptativas do ser humano, como esperança, criatividade, resiliência, coragem e espiritualidade. Antes, essas pesquisas eram realizadas na América do Norte e na Europa, apesar de o Brasil demonstrar ser um país com alto nível de religiosidade. (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010)

ESTUDOS QUE RELACIONAM ESPIRITUALIDADE COM SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Para Koenig, Pargament e Nielsen (1998), a melhor saúde física e mental está associada à maior frequência religiosa. O autor Ferriss (2002) chegou à conclusão de que, ao contribuírem para a integração da comunidade e revelarem um propósito de vida para os indivíduos, as organizações religiosas promovem o bem-estar espiritual das pessoas e aumentam sua qualidade de vida.

No entanto, segundo Spitzer e demais autores (1981), Pargament e Brant (1998), a depender da forma que o indivíduo utiliza a religião/espiritualidade, ela pode ser uma fonte de estresse ou de soluções, de desconforto ou de alívio, de declínio da saúde ou de sua melhora. Além disso, estudos revelam que pacientes que confli-

tam com questões religiosas podem estar com sua saúde em risco (PARGAMENT et al., 2001), e que o sofrimento espiritual pode ser responsável pela não eficácia de um plano terapêutico para recuperação física e a espiritualidade parece ser, portanto, uma poderosa ferramenta autoadministrável para prevenção de hospitalização. (FAN et al., 2002)

Pouco a pouco, pesquisadores brasileiros vencem a limitação do baixo alcance dos estudos sobre saúde e espiritualidade realizados no país, que não são bem conhecidos no exterior e não contam com uma revisão ampliada e acessível da literatura no próprio idioma de pesquisadores e clínicos dos países de língua portuguesa.

Reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma ferramenta de proteção ao suicídio, a espiritualidade se encontra no cerne de suas recomendações, em virtude dessa ser reconhecida como fonte de conforto e esperança. Dessa forma, é observada, em estudos clínicos e laboratoriais, a relação entre espiritualidade e diminuição nos níveis de cortisol e mortalidade. Não obstante, é possível observar também melhores níveis da pressão arterial em pacientes com maior religiosidade, sendo essa um fator preventivo para o desenvolvimento da hipertensão arterial. (LUCCHETTI et al., 2010)

Puchalski (2001) aponta que a “espiritualidade pode ser um elemento importante na forma como os pacientes enfrentam a doença crônica, sofrimento e perda”, e John Peteet (2007) recomenda que os médicos estimulem a espiritualidade de seus pacientes para quando se sentirem sozinhos, rejeitados ou incompreendidos. Bonelli e Koenig (2013) revelam que 72% dos estudos analisados demonstram uma relação positiva entre religiosidade e saúde mental e apenas 5% sugerem uma relação negativa.

Os estudos citados não objetivam induzir à obtenção de certas crenças em detrimento de um acompanhamento terapêutico e farmacológico especializado, mas evidenciar uma terapêutica complementar que aborde um fator negligenciado por séculos em algumas áreas da saúde: a complexidade do ser humano para além de sua dimensão biológica, o despertar para os tão essenciais horizontes existenciais e a tão poderosa e potencialmente saudável busca espiritual.

A ligação espiritual do “eu” com o Universo e com os outros, juntamente com a religião, está relacionada ao menor consumo de drogas, além de auxiliar na recuperação dos dependentes. Esse fato é não apenas perceptível como também evidenciado em diversos estudos de autores como Booth e Martin (1998), Koenig e demais autores (2010), Adlaf e Smart (1985), entre outros. Além disso, diversas pesquisas revelaram que, quanto maior a importância dada à religião, menor costuma ser o envolvimento com as drogas. (HAWKS; BAHR, 1992; LORCH; HUGHES, 1985; LUNA et al., 1992; WILLS; YAEGER; SANDY, 2003) Tais achados são explica-

dos com a observação de que a prece individual se apresenta como responsável por reduzir o impacto de eventos estressantes na vida, dificuldades que, sem a religião, poderiam ser determinantes para o envolvimento do indivíduo com substâncias psicotrópicas de maneira abusiva. (WILLS; YAEGER; SANDY, 2003)

O Brasil ainda não apresenta muitas pesquisas com o tema, porém o estudo de Sanchez, Oliveira e Nappo (2004) revela a religiosidade do indivíduo e de sua família, de classe social baixa, como principal diferença entre adolescentes usuários e não usuários de drogas. Além disso, os não usuários descritos no estudo, em sua maioria, praticavam sua religiosidade movidos por admiração e vontade própria, algo que ocorria apenas para a minoria dos adolescentes usuários.

Para o tratamento da dependência de drogas, a espiritualidade e a religiosidade – independentemente de qual a religião a que se vincula – têm imensa importância, facilitando a recuperação e diminuindo os índices de recaída nos diversos tipos de tratamento. (PULLEN et al., 1999) Estudando o grupo dos narcóticos anônimos, Day, Wilkes e Copello (2003) observaram que uma prática religiosa formal diária, complementar ao comparecimento no grupo de mútua ajuda, estava relacionada com um maior índice de recuperação e maior êxito na manutenção da abstinência.

Richard, Bell e Carlson (2000) afirmam ainda que uma simples visita à igreja já favorece o desapego a drogas como a cocaína, ainda que sem um tratamento formal nesse ambiente. Além disso, a manutenção da abstinência se mostra estimulada pelo bom acolhimento recebido, a oferta de uma reestruturação da vida e pelo apoio incondicional de líderes religiosos, em uma religião onde o indivíduo possa fazer novos vínculos de amizade através da realização de trabalhos voluntários, o que facilita o isolamento da droga e de outros usuários. (SANCHEZ, 2006)

De origem cabocla, duas religiões ganham terreno no cenário brasileiro: são elas o Santo Daime e a União do Vegetal, que associam a fé ao uso da bebida enteógena Ayahuasca (*Banisteriopsis caapi* e *Psychotria viridis*) em seus rituais, visando a conscientização em diversas áreas da vida e, conseqüentemente, combatendo diversos males emocionais e orgânicos, entre os quais está a dependência química. (DOERING-SILVEIRA et al., 2005)

A BIOLOGIA DA QUASE-MORTE E DAS EXPERIÊNCIAS MÍSTICAS: DA CIÊNCIA AO ESPÍRITO

Vive-se, atualmente, em um cenário de críticas à política de combate às drogas, que se concentram no fato de que após a guerra às drogas, segundo o relatório das Nações Unidas de 2019, o consumo de substâncias proibidas apresentou aumento, mesmo antes da pandemia de covid-19, que potencializou os riscos de depen-

dência. (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019) Todo esse aumento ocorre, ainda, a custo de um acréscimo da violência mundial, análoga à militarização da política “antidrogas” e à organização de grupos para comercialização das substâncias proibidas, resultando na formação de um mercado ilegal.

Paralelamente a essa realidade, no ano 2000, publicada na língua inglesa e atualmente traduzida para o português, a obra *DMT: A molécula do espírito* (2019) revelou um rico e revolucionário trabalho de pesquisa de um médico a respeito da Biologia de quase-morte e das experiências consideradas espirituais. A obra faz refletir a respeito do fato de todos os mamíferos possuírem a substância dimetiltryptamina (DMT) em sua composição e explora a base neuroquímica da espiritualidade. Strassman (2019) também investiga o potencial terapêutico dos psicodélicos e o próprio composto no cérebro que desencadeia experiências místicas. O trabalho se mostra inovador e permite ao leitor o questionamento sobre a razoabilidade de culturas que se denominam democráticas, mas proíbem substâncias utilizadas em centenas de culturas e durante milhares de anos. Desse modo, pode-se deduzir que a cultura ocidental valoriza um estado de consciência que facilite agir em torno da produção de bens materiais, estigmatizando outros estados de consciência que podem levar à transcendência, à valorização da espiritualidade e ao desapego do consumo.

Entre as décadas de 1950 e 1960, centenas de trabalhos científicos haviam sido publicados a respeito de psicodélicos e sua possível utilização para casos de pacientes com depressão e ansiedade. Embora promissores, os resultados das pesquisas não podem ser considerados conclusivos pela qualidade dos estudos do período, em que não se contava com o método de comparação entre grupos para medir o efeito placebo, o número de pacientes para experimentos era pequeno e não havia um medidor de melhora mais objetivo para o quadro do paciente.

Nesse período de estudos, os psicodélicos passaram a ser utilizados de forma não científica por muitos cidadãos norte-americanos, estando associados ao movimento de contracultura. Mais do que por justificativa médica ou científica, em 1970, os Estados Unidos, por motivo político, resolvem criminalizar o consumo de LSD, psilocibina e mescalina, caracterizando-as como drogas de abuso e sem nenhum valor terapêutico. Assim, ao influenciar todo o mundo, barreiras políticas, culturais e sociais se ergueram, proibindo as pesquisas das propriedades terapêuticas de substâncias tão inexploradas.

Descortinando a década de 1990, novas pesquisas envolvendo DMT, mescalina e psilocibina marcam a história criando o chamado “Renascimento da ciência psicodélica”. Novos estudos investigam a utilidade terapêutica de psicodélicos em casos de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. Como modo de traduzir o que se espera dessa nova era científica, é plausível recorrer à

escrita do poeta Jean Toomer (1991) o qual defendia que os seres humanos não possuem imaginação suficiente para construir o que não percebem.

TERAPIA PSICOSSOMÁTICA E ESPIRITUALIDADE: DO XAMANISMO À PSICOTERAPIA CORPORAL

Durante milhares de anos, a figura do xamã esteve responsável por recuperar o equilíbrio e a saúde de indivíduos e populações que deles careciam, sendo o trauma e a doença vistos como um contratempo não só para o indivíduo com seus sintomas, mas para toda a comunidade. (LEVINE, 1997) Segundo Mircea Eliade (1974), a pior causa de doença, de acordo com os curadores xamânicos, é a “violação da alma”, que fragmentada, gera estados de suspensão espiritual, no qual a pessoa fica perdida. Para o xamanismo, a doença é o resultado de estar paralisado num “limbo espiritual”. A aptidão para estimular a “alma perdida” a voltar a assumir seu lugar correto no corpo está presente entre curadores xamânicos desde o início da civilização. Peter Levine (1997, p. 61) descreve esses rituais da seguinte forma: “Esses chamados curadores ‘primitivos’ catalisam as poderosas forças curadoras inatas de seus pacientes por meio de rituais coloridos. Uma atmosfera de apoio da comunidade, ampliada por tambores, cantos, danças e transe cria o ambiente em que essa cura acontece”. Para a mente tecnológica, a conduta pode parecer estranha, mas é capaz de obter êxito quando procedimentos ocidentais convencionais falham.

Enquanto os xamãs falam sobre recuperar almas, médicos e profissionais de saúde mental atuam em uma tarefa semelhante: a de devolver a integralidade a um organismo atravessado pelo trauma que, para muitas pessoas, alcança a profundidade de uma ferida na alma. O método Somatic Experiencing, desenvolvido pelo dr. Peter Levine, para a cura do estresse pós-traumático, sugere que o ser humano tem uma capacidade ainda maior de curar a si mesmo do que preconiza a abordagem xamânica. Na “Vivência Somática”, o indivíduo inicia sua própria cura, reintegrando partes fragmentadas ou perdidas de seu eu essencial em um processo de liberar elementos congelados de suas funções relativas ao trauma. (LEVINE, 1997)

ESPIRITUALIDADE ACESSÍVEL NO SUS: UM PROCESSO GRADUAL!

Ora, ora, quem foi que entrou

Para a lista brasileira que, em 2006, acatou

A espiritualidade das PICs como um belo dom...

Ora, ora! Olha só o que falou

A portaria número 971 que citou

A crenoterapia, a fitoterapia e o uso das plantas medicinais, a homeopatia e a Medicina Tradicional Chinesa, abordando o fluxo de nossas energias vitais

A Medicina Antroposófica, observando o ser humano de forma microscópica, trouxe a cura de maneira mais natural e filosófica

Mas... “PICs”? O que significa, afinal, essa palavra?

P são práticas

I são integrativas, olha só que dádivas!

C é representando as terapias complementares

Agora incluídas na atenção básica, estão essas práticas milenares!

Hoje, contando com mapas de evidência, as sabedorias tradicionais espalham benfeitorias imensas

Da prevenção à cura e medidas paliativas, focadas em uma humanização bem-sucedida

Observando cada indivíduo amplamente, no social, no mental, no emocional e espiritualmente

Sendo responsabilidade dos municípios, sua organização ainda carece de melhores princípios

Sua inclusão é gradual e necessita de regulamentações por atos legislativos

Em 23 de março de 2017, com a Portaria número 849, mais práticas foram adicionadas:

Arteterapia, Ayurveda, meditação e mais um tanto de arte dançada:

Quem faz Biodança, Dança Circular e Musicoterapia será gente beneficiada!

Além de Yoga, Naturopatia, Osteopatia e Quiropraxia para a garotada

As práticas de Reflexoterapia, Reiki, Shantala e Terapia Comunitária Integrativa também foram adotadas!

Posteriormente, em 21 de março de 2018, a Portaria número 702 se fez presente

Incluindo apiterapia, aromaterapia e cromoterapia para toda a gente!

Para quem gosta de constelação familiar, imposição das mãos e hipnoterapia também puderam acessar

E para quem quer bioenergética, junto à ozonioterapia, terapia de florais e à geoterapia, ampliou-se a arte médica

Em 2016, os serviços estavam disponíveis em 28% das Unidades Básicas de Saúde e cerca de 30% dos municípios apresentavam essa virtude

Esse crescimento, no entanto, não é igualitário, pois principalmente no Norte e no Nordeste a falta de políticas é algo majoritário

No entanto, a discussão para ampliação do acesso na Bahia não é ausente, Tornando a Política Estadual de Práticas Integrativas uma resolução eminente

Assim, estudos e publicações na área das PICs sobre sua eficácia e legitimidade São importantes para garantir o direito a uma saúde com equidade.

(Marina Evangelista Ferrer)

REFERÊNCIAS

- ADLAF, E. N.; SMART, R.G. Drugs use and Religious Affiliation Feelings, and Behavior. *British Journal of Addiction*, Oxfordshire, v. 80, n. 2, p. 163-171, June 1985.
- BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *Journal of Religion and Health*, New York, v. 52, n. 2, p. 657-673, 2013.
- BOOTH, J.; MARTIN, J. E. Spiritual and Religious Factors in Substance Use, Dependence, and Recovery. In: KOENIG, H. G. (ed.). *Handbook of Religion and Mental Health*. London: Academic Press, 1998. p. 175-200.
- CERÓN, A. B. C. *et al.* Itinerários terapêuticos na comunidade de Alto das Pombas). In: ARAÚJO, F. B. *et al.* *Entre olhares e vivências no Alto das Pombas: educação em saúde em um bairro popular*. Salvador: Edufba, 2020. cap. 16, p. 353-365.
- CÉSAR, Os. *Misticismo e loucura: contribuição para o estudo das loucuras religiosas no Brasil*. São Paulo: Oficinas Gráficas do Serviço de Assistência a Psicopatas, 1939.
- DAY, E.; WILKES, S.; COPELLO, A. Spirituality and Clinical Care: Spirituality is Not Everyone's Cup of Tea for Treating Addiction. *British Medical Journal*, London, v. 326, n. 7394, p. 881, 2003.
- DOERING-SILVEIRA, E. *et al.* Report on Psychoactive Drug Use Among Adolescents Using Ayahuasca Within a Religious Context. *Journal of Psychoactive Drugs*, San Francisco, v. 37, n. 2, p. 141-144, June 2005.
- ELIADE, M. *Shamanism*. 2nd. ed. Princeton: Princeton University Press, 1974.
- FAN, V. S. *et al.* Using Quality of Life to Predict Hospitalization and Mortality in Patients with Obstructive Lung Diseases. *Chest*, Chicago, v. 122, n. 2, p. 429-436, 2002.
- FERRISS, A. L. Religion and the Quality of Life. *Journal of Happiness Studies*, Dordrecht, v. 3, n. 3, p. 199-215, 2002.

- HAWKS, R. D.; BAHR, S. H. Religion and drug use. *Journal of Drug Education*, London, v. 22, n. 1, p. 1-8, 1992.
- KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J. Religious Coping and Health Status in Medical ill Hospitalized Older Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Baltimore, v. 186, n. 9, p. 513-521, 1998.
- KOENIG, H. G. *et al.* Religious Coping and Depression Among Elderly, Hospitalized Medically ill Men. In: VANDECREEK, L. (ed.). *Spiritual Needs & Pastoral Services: Readings in Research*. Eugene: Wipf & Stock Publishers, 2010. p. 1693-1700.
- KOENIG, H. G.; LARSON, D. B. Use of Hospital Services, Religious Attendance, and Religious Affiliation. *Southern Medical Journal*, Birmingham, v. 91, n. 10, p. 925-932, 1998.
- LEVINE, P. A. *O despertar do tigre: curando o trauma*. São Paulo: Summus, 1997.
- LORCH, B. R.; HUGHES, R. H. Religion and Youth Substance Use. *Journal of Religion and Health*, New York, v. 24, n. 3, p. 197-208, 1985.
- LUCCHETTI, G. *et al.* Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 186-188, 2010.
- LUNA, A. *et al.* The Relationship Between the Perception of Alcohol and Drug Harmfulness and Alcohol Consumption by University Students. *Medicine and Law*, New York, v. 11, n. 1/2, p. 3-10, 1992.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.
- PARGAMENT, K. I.; BRANT, C. R. Religion and coping. In: KOENIG, H. G. *Handbook of Religion and Mental Health*. Academic Press, 1998. p. 111-128.
- PARGAMENT, K. I. *et al.* Religious Struggle as Predictor of Mortality Among Medically Ill Elderly Patients: A 2-Year Longitudinal Study. *Archival of International Medicine*, Chicago, v. 13, n. 27, p. 1881-1885, 2001.
- PETEET, J. Suicide and Spirituality: a Clinical Perspective. *Southern Medical Journal*, Birmingham, v. 100, n. 7, p. 752-754, July 2007.
- PUCHALSKI, C. M. The Role of Spirituality in Health Care. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, Dallas, v. 14, n. 4, p. 352-357, 2001.
- PULLEN, L. *et al.* Spiritual High Vs High on Spirits: Is Religiosity Related to Adolescent Alcohol and Drug Abuse? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Oxford, v. 6, n. 1, p. 3-8, 1999.

- RICHARD, A. J.; BELL, D. C.; CARLSON, J. W. Individual Religiosity, Moral Community, and Drug user Treatment. *Journal of the Scientific Study of Religion*, [Malden], v. 39, n. 2, p. 240-246, June 2000.
- ROCHA, F. F. da. Do delírio em geral. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 127-142, 1967.
- RODRIGUES, R. N. A loucura epidêmica de Canudos: Antonio Conselheiro e os jagunços. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 145-157, 2000.
- SANCHEZ, Z. van der M. *As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas*. 2006. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.
- SANCHEZ, Z. van der M.; OLIVEIRA, L. G. de; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004.
- SPITZER, W. O. *et al.* Measuring the Quality of Life of Cancer Patients. *Journal of Chronic Diseases*, St. Louis, v. 34, n. 12, p. 585-597, 1981.
- STRASSMAN, R. *DMT: A molécula do espírito*. São Paulo: Pedra Nova, 2019.
- TOOMER, J. *Essentials*. Edição de Rudolph Byrd. Athen: University of Georgia Press, 1991.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Relatório mundial sobre drogas*. 2019. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2019_-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto-apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html. Acesso em: 5 ago. 2021.
- WILLS, T. A.; YAEGER, A. M.; SANDY, J. M. Buffering Effect of Religiosity for Adolescent Substance Use. *Psychology of Addictive Behaviors*, Washington, v. 17, n. 1, p. 24-31, 2003.

APÊNDICE A – A UFBA NO ALTO DAS POMBAS: UM VOO PELO JARDIM DA FÉ

Estudantes do curso de Medicina e outros cursos da área de saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA) realizaram diversas atividades na Comunidade do Alto das Pombas, em Salvador, por meio da disciplina Ação Curricular em Comunidade e em Sociedade, durante anos. Entre essas atividades, está o estudo dos “Itinerários Terapêuticos” dessa comunidade. (CERÓN et al., 2020) Dessa maneira, foram utilizadas narrativas da população como ferramentas de investigação, delineando, assim, os trajetos terapêuticos utilizados por essa população. Foi observado, então, a forma como o contexto socioeconômico é capaz de influenciar a busca por tratamentos.

Observou-se nesse estudo que, como alternativa ao acompanhamento médico profissional, estando este, muitas vezes, perdido entre as enormes lacunas do SUS vivenciadas pela comunidade do Alto das Pombas, o uso terapêutico de chás, que remonta a tradições indígenas e africanas, segue sendo um costume para aqueles que se amparam em outros métodos de tratamento. Isso acontece, por exemplo, no caso das curas consideradas milagrosas que circulam o mundo da espiritualidade, bem como conta a história de uma moradora do Alto das Pombas que, após apresentar sua perna ferida para vários médicos e não obter sucesso no tratamento, foi convidada por uma mãe de santo do candomblé para uma sessão no terreiro. Através da atuação de uma entidade, a doença foi finalmente curada.

Dessa forma, a fé demonstra possuir um papel de fundamental importância no cotidiano do indivíduo. A mãe de santo relatou ainda, que diversas pessoas não adeptas à religião pedem ajuda para curar suas enfermidades. Assim, a fé das pessoas do Alto das Pombas assemelha-se a uma flor nascida no deserto. Tal flor tem a missão de amparar e curar os indivíduos que a carregam no peito e no pensamento, mesmo quando a realidade à sua volta se apresentar precária em serviços de saúde de qualidade.

O trabalho da universidade revela-se um passo importante para o reconhecimento da religiosidade/espiritualidade em saúde pelas instituições de ciências.

APÊNDICE B - ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: DO CONCEITO À MATERIALIZAÇÃO DE TÉCNICAS

Realizamos uma entrevista com a coordenadora do ambulatório de práticas integrativas do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES). Diana Brasil Pedral Sampaio é médica infectologista pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), realizou mestrado na Universidade de Columbia (Nova York) em Saúde Pública e doutorado em Medicina Interna.

Na entrevista, Diana comenta que seu interesse pelas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) existe desde a sua época de estudante e que a aproximação com estas práticas se deu no contexto de epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Enquanto realizava o mestrado em Saúde Pública e trabalhava na Secretaria de Saúde de Nova York, se deparou com inúmeros pacientes portadores de SIDA que estavam vivenciando muito sofrimento, juntamente com sua família. Essa vivência foi muito impactante em sua vida e ela se serviu das PICS para se fortalecer e fornecer suporte aos pacientes e à sua família.

Com o retorno para o Brasil, ela participou da fundação do Centro de Referência Estadual em AIDS (CREAIDS) em 2001, hoje conhecido como Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP), voltado para o atendimento de portadores de SIDA. E foi essa profissional que, buscando compreender a eficiência das PICS, sensibilizada com as necessidades do povo baiano, esteve à frente da criação e da manutenção do ambulatório de PICS no HUPES.

O Ambulatório de PICS foi criado em 2 de fevereiro de 2012, e exigia a presença de pelo menos um médico e um enfermeiro. Diana conta que desde a sua criação o ambulatório já desenvolveu práticas que incluem grupos de oração, conversa, reiki, cromoterapia, radioterapia, reflexologia podal, algumas práticas da Medicina chinesa, como a acupuntura, constelação sistêmica, naturopatia, mudanças na dieta, banhos, meditação, yoga, aromaterapia, argiloterapia, trabalho com os chakras, imposição de mãos, uso de emplastos, infusão para uso externo, homeopatia, microfisioterapia e Medicina vibracional, que inclui a técnica de frequência de brilho, a qual visa a cura energética do corpo físico e dos aspectos emocionais e mentais, assim como a maioria das outras práticas citadas. Com a técnica de frequência de brilho ela desenvolveu um trabalho de pesquisa randomizado com pacientes portadores de SIDA e conta que obteve resultados de grande significância estatística, com melhora do sistema imunológico desses pacientes, representado pelo aumento de células CD4.

Na entrevista, Diana comenta que recebeu sugestões de um professor de São Paulo para que ela implantasse no ambulatório técnicas já aprovadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para que não houvesse resistência dos alunos para com essas terapias ainda não muito bem aceitas no meio científico e acadêmico.

Ela diz que inicialmente seguiu as orientações, mas que desejava abordar também a constelação sistêmica, na época ainda não aprovada pelo SUS como uma das PICS. Dessa forma, ela decidiu seguir em frente com a implantação dessa terapia, visto que conhecia muito bem a sua eficácia. Ademais, logo após sua inclusão no ambulatório, essa prática passou a fazer parte das PICS aprovadas pelo SUS.

Além dessa resistência, ela cita outras dificuldades que inicialmente se apresentaram na fundação do ambulatório, como a falta de espaço físico, a falta de profissionais, a falta de laboratórios voltados para estas atividades, que impossibilitava, por exemplo, a infusão de plantas para uso interno. Ela cita também dificuldades próprias: “eu tive que vencer barreiras internas, minhas vergonhas e resistências, o fato de achar que seria mal vista pelos colegas, pela ciência, mas aos pouquinhos a gente vai vencendo”.

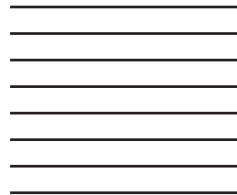
Atualmente, depois de quase dez anos de ambulatório, ela comenta que, antes da pandemia de covid-19 acontecer, o ambulatório estava atendendo cerca de 100 pessoas por dia e que teve que pausar suas atividades no início do ano de 2020, devido à “falta de segurança no trabalho”, retornando em julho do mesmo ano, depois de adaptar as condições de segurança e organizar uma nova dinâmica de atendimentos, nos quais menos pessoas passaram a ser atendidas, mas o serviço deu continuidade, beneficiando assim, inúmeras pessoas nesse contexto de crise.

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE CARDIOVASCULAR: CRIAÇÃO DO DEMCA/SBC

Outra riqueza de informações nos foi concedida por Maria do Rosário Toscano von Flach, médica pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), cardiologista e psicoterapeuta, membro do Departamento de Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (DEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e uma das coordenadoras do Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular na Bahia (GEMCA), uma regional do DEMCA. Lucélia Batista Neves Cunha Magalhães é a presidente deste grupo regional (fundado em 4 de agosto de 2017), que, juntamente com Nila Orrico Costa e Maria do Rosário, coordena as atividades voltadas para a produção e divulgação de conhecimento relativo à relação da espiritualidade com a saúde cardiovascular.

A fundação do DEMCA aconteceu no dia 23 de março de 2013, após o congresso da SBC, realizado em Recife (PE), no ano de 2012. Esse congresso teve a presença

ilustre do psiquiatra e pesquisador Harold G. Koenig, professor da Universidade de Duke (EUA), convocado para compor a mesa com um tema inédito nos congressos da SBC: Espiritualidade e Saúde. Rosário sorri enquanto lembra que foi reservada uma pequena sala para esta palestra, mas que o interesse foi tamanho, que as pessoas foram se acomodando no corredor e em outras divisões da sala, e que isso motivou a criação do grupo de estudos (GEMCA Brasil), que posteriormente veio a se tornar um departamento responsável por coordenar as atividades de pesquisa e divulgação desse tema a nível Brasil. Hoje conta com mais de 1.000 membros, sendo o maior grupo de estudos, em número de participantes, da SBC.



4

AFRORRELIGIOSIDADES E SISTEMAS DE SAÚDE

Daniel Rocha Cavalcante de Farias

Géssica Barbosa da Silva e Silva

Isabela Cunha Magalhães Costa

Lucas Santana Bahiense Filho

Rafaela Góes Bispo

Rodrigo Almeida Magalhães Oliveira

Silvio Romero da Silva Larangeira Junior

INTRODUÇÃO

[...] e o povo negro entendeu que o grande vencedor
Se ergue além da dor
Tudo chegou sobrevivente num navio
Quem descobriu o Brasil?

Foi o negro que viu a crueldade bem de frente
E ainda produziu milagres de fé no extremo ocidente [...].

(Caetano Veloso, “Milagres do Povo”, 1985)

Este capítulo é um convite para entender as afroreligiosidades enquanto agências de cuidado dentro do itinerário terapêutico e refletir sobre a participação da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) nesse processo. Além disso, gostaríamos de reforçar a atuação político-histórica do médico como personagem preocupado com populações vulnerabilizadas, comumente enfraquecidas pelos males supostamente inerentes a elas.

Além da revisão de literatura, o capítulo se utiliza do recurso da história oral, uma vez que, marcada originalmente pelo apagamento histórico e institucional, seja pelas diversas formas de enfraquecimento da transmissão da tradição oral desses povos, a utilização de entrevistas, tornou-se cada vez mais pungente para a problematização e o entendimento dialético da temática. Tal capítulo não visa esgotar os acontecimentos históricos em que as religiões de matrizes africanas protagonizaram junto a Medicina, muito menos definir conceitos sobre a discussão das afroreligiosidades ou aprofundar-se nos debates sobre as manifestações de candomblés, mas traçar alguns desses pontos de tangência. O desafio desse texto, portanto, é despertar o entusiasmo do leitor não apenas no desejo de buscar por mais bibliografia, mas principalmente a inspiração necessária para compreender e modificar percepções de conceitos que, por ora, estejam equivocados ou superficiais.

Os espaços de culto das religiões de matrizes africanas podem receber diversos nomes, entre eles, terreiro. Para o cuidado de seus adeptos, esses espaços também podem ser considerados como agências promotoras de saúde, na prevenção e no tratamento, gerando, assim, perspectivas cujo sentido é próximo dos papéis de “instituições médicas” de uma localidade.

Em Salvador, na Bahia, lugar marcado pelo sincretismo, como estratégia de sobrevivência transnacional e translacional de costumes religiosos, no *Terreiro de Jesus*,¹ em 1808, foi fundada a primeira escola médica do Brasil, a FMB. Ao longo da sua história, a escola viabilizou encontros e simbioses entre os seus docentes e pesquisadores das religiões africanas. No entanto, muitas vezes foram perpetuados conceitos e ideias intolerantes, respaldadas pelo racismo científico dos quais muitos médicos atuantes na FMB eram adeptos.

1 O Terreiro de Jesus é uma praça de grande importância histórico-cultural localizada no Centro Histórico de Salvador, na Bahia, no Brasil. Oficialmente, é denominado Praça 15 de Novembro.

Com relação ao candomblé, não há exatamente como saber quando foi fundado – a literatura antropológica e as tradições orais mais autênticas sequer arriscam qualquer data. Apesar disso, há uma certa convergência para as últimas décadas do século XVII e do século XVIII. No entanto, sabe-se que o candomblé da Barroquinha foi um dos pioneiros na formalização desse processo de interlocução entre Medicina e religião. Segundo a literatura especializada, o candomblé surgiu através da iniciativa de várias mulheres voluntárias, de origem ketu, escravas libertas, quando decidiram criar um terreiro chamado Yιά Omi Axé Airá Intilé. A posteriori ele assumiu o nome de Ilê Axé Yιά Nassô Oká, presente até o momento, após mudar-se da Barroquinha para a Av. Vasco da Gama. (MANDARINO et al., 2011; SILVEIRA, 2006; VERGER, 1981)

Considerando pesquisas fundamentadas em Pierre Verger, Vivaldo Costa Lima e Nina Rodrigues, sabe-se que nos arredores de Salvador já existiam libertos que cultuavam, em suas casas, ancestrais divinizados – os orixás. Portanto, é difícil estabelecer uma origem precisa e absoluta das manifestações de candomblé.

No entanto, institucionalizar era questão marcante para o “povo de santo”,² pois os terreiros são, historicamente, importantes para transmissão e resistência da tradição, além de funcionar como agências terapêuticas e de promoção do cuidado através de práticas tradicionais religiosas para adeptos e não adeptos. Dessa forma, os terreiros de candomblé possuem uma visão particular na compreensão do processo de adoecimento. Mandarino e Gomberg (2011, p. 7) afirmam que:

Assim, para os adeptos e simpatizantes das religiões afro-brasileiras, a religião é percebida como um conjunto de práticas eficaz não só para explicar sua própria existência, como também para torná-la mais suportável frente a questões de várias ordens, o que inclui a manutenção da saúde física e espiritual e sua recuperação quando se instalam as doenças.

Nesse sentido, a percepção da doença, o diagnóstico e, por conseguinte, seus tratamentos devem partir de uma concepção religiosa que, por efeito, deverá marcar suas relações sociais e conexões espirituais. Assim, para que a ligação entre o Orun (mundo sagrado) e o Aiyê (mundo físico) seja estabelecida, um corpo saudável é condição essencial.

É notável o papel que a fitoterapia religiosa tem na terapêutica religiosa e no tratamento das doenças e dos estados de desequilíbrios. (BARROS, 1993; BARROS; TEIXEIRA, 1989) Os vegetais possuem importância relevante, sendo esta ampliada para além das suas potencialidades botânicas e farmacológicas, em que a

2 O termo empregado pelo senso comum “povo de santo” serve para nomear pessoas que cultuam os orixás e as divindades das religiões de matrizes africanas em terras brasileiras.

habilidade do terapeuta e seu conhecimento religioso somam-se para que sejam capazes de dar início a transmissão do “axé”.³ Aliado a isso, deve-se ressaltar a importância dos “ofôs”,⁴ para que assim possa ser alcançado o tratamento que se almeja. (VERGER, 1995)

É importante refletir sobre as estratégias instituídas através dos terreiros ao colocarmos estes como estações dentro do itinerário terapêutico. Isto exige analisar como ocorre o diálogo, ou falta dele, entre uma clientela e o “sistema oficial de saúde”. Para além disso, é importante refletir sobre a intencionalidade de uma desqualificação em que o terapeuta, por não ter sido socializado formalmente em escolas médicas, é incapaz de tornar-se um gerador e promotor da saúde.

O CANDOMBLÉ, A FMB E AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS EMERGENTES NO SÉCULO XIX

Mesmo após a criação da Escola de Cirurgia da Bahia, em 1808, a significativa procura pelas terapêuticas oferecidas por benzedeiros, rezadeiras e curandeiros continuou. Segundo Nascimento e Martins (2019, p. 697), com relação ao Rio de Janeiro do mesmo período:

Na cidade do Rio de Janeiro, ainda no mesmo século, existia, em cada bairro da cidade, um cirurgião africano, geralmente com seu consultório situado na entrada de uma venda; os clientes não pagavam pelas consultas, mas, sim, pelos medicamentos receitados, que ele mesmo preparava, não raro envolvendo uma formulação complicada.

A procura por serviços do candomblé ocorria paralelamente à procura pela Medicina oficial. Para usufruir dos serviços do candomblé não era exigido às pessoas que tivessem vínculo com a religião.

Entretanto, a repressão à cultura afrodescendente era intensa. O código penal de 1890 previa que o exercício da Medicina e de curas estava restrito aos diplomados. A prática do espiritismo, da “magia e seus sortilégios” e o uso de “talismãs e cartomancias” também era proibido. (PEREIRA, 2015) Segundo Nascimento e Martins (2019, p. 702):

- 3 Axé é considerado por aqueles que praticam a religião dos orixás, inquices e voduns como um princípio vital gerenciador da vida de todos os seres humanos e de todas as coisas contidas na natureza, que deve ser revitalizado de tempos em tempos, para que, no caso dos indivíduos, possa transmitir a esses força e energia.
- 4 Cânticos evocativos que devem ser pronunciados no momento de coleta, na preparação e aplicação dos vegetais.

Na prática, embora a Constituição da República garantisse a liberdade religiosa, persistia o ataque ao candomblé a pretexto de reprimir aquelas práticas por terem sido acionadas por líderes religiosos, como mães e pais-de-santo, não se preocupando as autoridades em syndicar os resultados alcançados.

As religiões afro-brasileiras sofreram influência de múltiplas transformações ao longo da história brasileira. Frente a uma sociedade escravocrata e católica, muitos escravizados tiveram que “mascarar” suas práticas culturais e o culto aos orixás, o que resultou em uma grande miscigenação religiosa. (RIBEIRO, 2012) Este processo foi iniciado desde a colonização brasileira e gerou o que hoje é denominado de “sincretismo religioso”, extremamente marcante na Bahia. (FERRETTI, 2001) É fundamental ressaltar que a expressão “sincretismo religioso” sofreu também mudanças importantes em sua interpretação e ainda hoje é tema de debate entre especialistas no tema.

Durante o século XIX, a elite brasileira latifundiária necessitava de mão de obra barata. Nesse processo, a população negra recém-alforriada se deparou com um cenário de marginalização e exclusão social. Neste contexto, diante do processo de fusão de estratos em uma nova sociedade dita democrática, o racismo se fez presente, difundido através de movimentos como o de “branqueamento racial”, sobretudo, a partir do final do século XIX. Ainda nesse período, teorias como a do “darwinismo social” se propagavam em diversos lugares do mundo. O que contribuiu para que os saberes científicos, sobretudo o médico, também defendesse ideias ligadas ao determinismo biológico, sobretudo, racial. Assim, a consolidação do ensino médico brasileiro ocorreu sob influência desse contexto socioeconômico e intelectual.

No final do século XIX, muitos autores também estudaram as práticas candomblecistas e sua correlação com a loucura e o sofrimento psíquico, como Nina Rodrigues e Arthur Ramos. Conforme aponta Rodrigues (2005, p. 96 apud PORTUGAL, 2014), Nina atribuía um caráter de desvio patológico e comportamental às práticas do candomblé, como é possível observar neste relato:

[...] dado o fraco desenvolvimento intelectual dos negros africanos e a neurastenia que deve ser uma consequência do esgotamento em que os põem todas essas práticas extenuantes de iniciação e invocação de santo, não serão elas acaso as condições desse desdobramento de personalidade com estado de possessão sugestivo que temos estudado sob a denominação de estado de santo?

O racismo científico se fez marcante na época, justificando a hierarquização de raças e estratégias de discriminação e perseguição. Nesse cenário, diferentes formas de “discriminação religiosa” encontravam-se embasadas pela ciência. Áreas como a Criminologia, a Medicina Legal e Psiquiatria propunham intervenções nas práticas dessas religiões, pois acreditavam que ela produzia doenças mentais. (SERRA, 2011)

De modo semelhante, a Igreja Católica teve papel nesse processo, associando danças e rituais a manifestações demoníacas e à chamada “magia negra”. O candomblé era visto como uma aberração religiosa, uma espécie de “feiticeira” e esta visão foi difundida por grande parte da sociedade, influenciando, inclusive, políticas públicas. A religião de matriz africana e seus ritos eram associadas à possessão, à loucura e à criminalidade. Birman (1978 apud MANDARINO; GOMBERG, 2010, p. 68) retrata a criminalização do negro como:

[...] não só a figura do negro foi definida como sendo inferior à do branco na sua estrutura psicofísica – sugestão versus razão versus psiquismo, barbárie versus civilização –, como também as modalidades de existência cultural foram esvaziadas e reduzidas a formas de enfermidade.

Nesse cenário, surge a *Gazeta Médica da Bahia* (GMB), revista fundada em 1886 e que viria a se tornar uma das mais importantes revistas científicas do Brasil. O periódico tinha como objetivo propagar informações e descobertas científicas, legitimando a prática médica enquanto ciência e condenando a atuação dos chamados curandeiros, charlatões e espiritualistas. (RIBEIRO, 2012) Ao final do século XIX, Nina Rodrigues, introdutor da Escola Antropológica no pensamento médico-legal no Brasil, se tornou o editor-chefe da *Gazeta Médica da Bahia* e utilizou a revista como um dos principais veículos para publicação sobre a inferioridade racial dos grupos negros. (RIBEIRO, 2012)

As teorias de Nina Rodrigues levaram-no a conceber um projeto de intervenção nos terreiros, o qual não conseguiu implantar. A obra *Animismo feitichista dos negros baianos* consiste em uma monografia etnográfica centrada no candomblé da Bahia. Nela há uma combinação entre o conteúdo teórico da antropologia da época e suas interpretações a respeito do candomblé. (OLIVEIRA, 2017) Assim como Rodrigues, outros cientistas baianos iam de encontro aos ritos afro-brasileiros e colocava a cultura afro-brasileira como oposta ao que era compatível com a ciência e a razão. Certos médicos colocavam “[...] num dos campos a sua tecnologia da saúde e no outro – no espaço correspondente aos ritos afro-brasileiros, seu objeto de estudo – a inclinação patológica, tara da ‘raça inferior’. Nem mesmo

admitiriam que se falasse em ‘práticas terapêuticas do candomblé’”. (SERRA, 2014, p. 115)

É válido salientar que a prática da Medicina tradicional aliada às terapêuticas religiosas persiste até hoje e, diante da importância sociocultural dessas terapêuticas alternativas para os pacientes, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, ocorrida na cidade de Alma-Ata em 1978, incluiu na sua declaração que os cuidados primários de saúde devem refletir as características socioculturais do país e se basear, entre outras coisas, em pesquisas socioculturais. Apesar de terem passado por rígidas punições ao longo do tempo os praticantes das religiões de matriz africana lutaram para manter sua religiosidade viva até hoje, porém, infelizmente ainda há muito preconceito para ser enfrentado para que o candomblé e suas práticas terapêuticas sejam reconhecidas com o respeito que merecem.

OS DESAFIOS DO CANDOMBLÉ E SUAS PERSONAGENS NA BAHIA NO SÉCULO XX

Ao adentrar o período que compreende o século XX, há questões sociais que permanecem. Assim, o sacerdote e fundador da Faculdade de Teologia com Ênfase em Religiões Afro-Brasileiras (FTU), Francisco Rivas Neto, em entrevista para a BBC Brasil, explica como é muito difícil separar a intolerância religiosa do racismo contra o povo negro:

Os afro-brasileiros são discriminados, tratados com preconceito, para não dizer demonizados, por sermos de uma tradição africana/afrodescendente. Logo, estamos afirmando que o racismo é causa fundamental do preconceito ao candomblé e demais religiões afro-brasileiras. (SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO PÚBLICA DO PARANÁ, 2016)

Sob outro ângulo, a estudante de Medicina do terceiro semestre e iniciada no candomblé Jéssica Frexeira relatou a seguinte pensamento aos autores deste presente capítulo:

O colonizador fez um trabalho muito perfeito em relação a colocar a ideia na cabeça das pessoas de que tudo que o candomblé e tudo que estivesse ligado ao negro como algo sujo e impuro, que não estava ligado ao deus. Até porque, inicialmente não era visto nem como gente. Então, como algo vindo dos negros poderia ser bom?

Nascido em Manaus, formado pela FMB e descrito por Jorge Amado como um baiano nascido na Amazônia, Álvaro Rubim de Pinho foi um importante médico,

que se dedicou à Neurologia e à Psiquiatria. Em 1964, com o afastamento do prof. Nelson Pires, por conta da Ditadura Militar, Pinho assumiu seu lugar de professor titular de Psiquiatria da FMB, trazendo uma nova linha de estudo, a Psiquiatria Transcultural. Para Ronaldo Ribeiro Jacobina ([201-], p. 5), os seus estudos da Psiquiatria Transcultural contribuíram da seguinte forma:

Dessa linha resultaram os trabalhos criteriosos e, com observação participante sobre o candomblé, a organização de célebre simpósio de 1968, que divulgou uma década de estudos sobre o banzo, o calundu, a caruara, o quebranto, entre outros, ampliando e difundindo as ideias de uma psiquiatria que levasse em conta as crenças, crendices e o imaginário popular.

É inegável que a história da FMB acompanhou a história do fortalecimento e empoderamento feminino. Sendo assim, ao olharmos para o passado da FMB podemos observar que a caminhada de mulheres para se formarem foi bastante tortuosa e marcada por um silenciamento e um apagamento histórico. (SANTOS, 2012) Essa foi uma das grandes dificuldades encontradas por Mãe Cleusa Millet, como ialorixá e médica.

Mãe Cleusa, nascida em 1931, era filha de Maria Escolástica da Conceição Nazaré, a Mãe Menininha do Gantois, assumiu o Terreiro do Gantois em 1986, após a morte da mãe, até 1998. Nesse período, já formada como médica obstetra, abandonou a carreira médica para se dedicar exclusivamente aos trabalhos no terreiro. Apesar de seu grande reconhecimento pelas autoridades políticas da Bahia, à exemplo do ex-governador César Borges, não encontramos esse reconhecimento dentro dos muros da Faculdade de Medicina.

Assim como sua progenitora, Mãe Cleusa continuou o trabalho de abraçar o sincretismo religioso e manter relações próximas com o catolicismo. Mesmo tendo essa maior aproximação com uma religião predominantemente branca, o racismo e seu silenciamento continuaram (e continuam) imperando sobre a sua história e sua caminhada na Medicina.

A PROMOÇÃO DO CANDOMBLÉ COMO IMPORTANTE ASPECTO CULTURAL NO GOVERNO DE ACM, SOBRETUDO DE MÃE MENININHA DO GANTOIS

No que tange o cenário político baiano, o candomblé, apesar de muito estigmatizado, sempre possuiu um papel de destaque, seja pela formação histórica e cultural do povo baiano, seja pela questão política. Dentro da perspectiva do cenário político, foi durante o governo de Antônio Carlos Magalhães (em seus mandatos como prefeito, de 1967 a 1970, e como governador, de 1971 a 1975, de 1979 a 1983 e de 1991

a 1994) que o candomblé passou a ser lembrado e mostrado para o restante do Brasil e do mundo como um símbolo da cultura baiana.

Empossada quando tinha apenas 28 anos, como ialorixá do Terreiro do Gantois, Mãe Menininha foi uma importante figura para o governo ACM, assim como para o estreitamento do laço existente entre a igreja católica e o candomblé. Mãe Menininha e Antônio Carlos Magalhães levavam com muita seriedade a questão do sincretismo religioso, o que é visto com bons olhos por uns, mas também é visto de forma negativa por tantos outros.

Formado pela FMB, ACM foi governador da Bahia, presidente do Senado Federal e possui uma extensa carreira política, sendo um ícone político da Bahia para o restante do país. Assim como Jorge Amado, mesmo estando em lados opostos na carreira política, acreditava que o candomblé era umas das principais representações da cultura baiana, e isso mesmo sendo de família tradicionalmente católica. Foi a relação com esse influente político que fez com que Mãe Menininha abrisse as portas do Terreiro do Gantois para os brancos e católicos, levando, assim, a sua luta pela aceitação do candomblé para perto de muitos daqueles que, historicamente, o estigmatizavam.

É importante salientar que, além de permitir que brancos e católicos frequentassem seu terreiro, Mãe Menininha não renunciava a também frequentar espaços católicos, ornada com suas vestes tradicionais de ialorixá. Era muito amiga de padres e bispos importantes do cenário católico soteropolitano.

Dorival Caymmi, por exemplo, compôs a “Oração de Mãe Menininha”, e Jorge Amado aborda o candomblé em suas obras. O último, quando filiado ao Partido Comunista do Brasil (PCdoB), propôs uma lei contra a intolerância religiosa. Em “O sol mais brilhante, tá no Gantois”, cantada por Gal Costa e Maria Bethânia, Mãe Menininha do Gantois foi eternizada na cultura brasileira, destacando-se o papel tão importante de uma das mais proeminentes ialorixás do cenário baiano e brasileiro.

O candomblé sempre foi um elo entre Dorival e Jorge Amado, ambos abordavam essa religião em suas obras. Desde a canção “Oração de Mãe Menininha” à Procópio Xavier de *Tenda dos Milagres*, essa sempre foi uma temática presente e marcante na produção de ambos, que endossavam a representação do povo de santo de forma mais respeitosa e ao mesmo tempo mais mística. Suas obras eram, também, um retrato de sua luta política: Jorge Amado foi filiado ao PCdoB e em seu mandato como deputado estadual pelo estado de São Paulo, foi autor da Emenda Constitucional nº 3.218, que inseriu na Constituição Federal de 1946 a garantia à liberdade de culto religioso, com o intuito de proteger os praticantes de religiões de matriz africana da violência institucional e da violência praticada por civis. Todo esse processo foi apresentado à sociedade por Jorge em seu livro de memórias *Navegação de Cabotagem*.

RECORRÊNCIAS E RESISTÊNCIAS: O TEMPO É HOJE

No alvorecer do século XIX, o jurista e escritor abolicionista Joaquim Nabuco já pontuava que as facetas escravocratas permaneceriam de diferentes modos na sociedade brasileira. (NABUCO, 2019) Lamentavelmente, adentrando a terceira década do século XXI, enxergamos que Nabuco não estava errado. Traço de violência e discriminação contra as populações negras persistem nas bases da sociedade, caracterizando o que Almeida (2019) lucidamente chama de “racismo estrutural”.

[...] o racismo é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo ‘normal’ com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. (ALMEIDA, 2019, p. 33)

Hoje, o candomblé mantém grande destaque no cenário cultural nacional. (SOUSA JUNIOR, 2011) Nesse sentido, Amaral e Silva (2006) apontam que a música, para as religiões afro-brasileiras, é uma afirmação de crenças e ritos, na qual os seus adeptos manifestam sua diversa fé religiosa. Rotineiramente, pessoas cantam versos alicerçados na mitologia egípcia, na luta contra o *apartheid* sul-africano, na diáspora negra, no sofrimento trazido pelas práticas racistas e nas religiões de matriz africana nos circuitos carnavalescos situados em locais abastados da capital baiana.

Dentre as canções imortalizadas no imaginário popular da atualidade, “Bahia de todas as Contas” do artista baiano Gilberto Gil ilustra essa realidade:

Hoje já ninguém duvida

Está na alma, está na vida

Está na boca do país

É o gosto da comida

É a praça colorida

É assim porque Deus quis

Olorum se mexeu

Rompeu-se a guia de todos os santos

Foi Bahia pra todos os cantos

Foi Bahia.

Todavia, a visibilidade midiática do candomblé (comumente representada como algo exótico) não deve ser vista como algo que corrobora a falsa ideia de que no Brasil há “democracia racial”. (SOUSA JUNIOR, 2011; WILLEMANN; LIMA, 2010) Sobre esse tema, Willeman e Lima (2010) defendem que o reconhecimento da existência do preconceito e da discriminação racial é um caminho para a conquista da equidade racial. Segundo Silva e Filho Cardozo (2018), o frequente desconhecimento sobre a cultura africana, principalmente no que se refere ao candomblé, é uma das principais causas de preconceito voltado aos seus adeptos religiosos.

Do mesmo modo, essa invisibilidade social ainda é patente no meio acadêmico. Sousa Junior (2011) relata que, a partir de um pensamento elaborado no final do século XIX, criou-se a teoria de que o saber africano é primitivista, infantil, inverídico, construído à margem do pensamento científico europeu. A persistência desse estigma é relatada pela estudante de medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) Jéssica Frexeira:

O acolhimento é muito pouco em relação à FAMEB (Faculdade de Medicina da Bahia). Eu vim do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde [outro curso da UFBA] e também não era muito acolhida. É uma luta para ser aceita porque muitas pessoas ainda não conhecem a religião e julgam pelo que não sabem. Eu acredito que é preciso, nesses espaços, estar sempre falando, enfatizando e esclarecendo para que a gente possa abrir caminho, inclusive para quem vem.

A Constituição de 1988, no artigo 196, descreve a saúde como direito de todos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, integralidade e participação da comunidade. A integralidade permite que o indivíduo tenha sua individualidade respeitada através de uma escuta ampliada dos profissionais de saúde. (TESSE; LUZ, 2008)

O entendimento de saúde para cada pessoa recebe influência dos aspectos sociais, históricos e culturais, não estando isento das percepções e experiências religiosas, econômicas, familiares, educacionais, tecnológicas e políticas dos indivíduos. (MELO; OLIVEIRA, 2019; SANTOS, 2012) Braga (1993) salienta que, na Bahia, certas práticas religiosas foram coibidas com a alegação de que representavam atos da feitiçaria. Os últimos deveriam ser banidos da sociedade, pois representavam uma ameaça ao seu enquadramento como civilizada, a partir dos padrões ocidentais.

Por muito tempo, temas como religiosidade não eram inseridos no currículo de cursos da área de saúde, nem faziam parte da prática clínica – apesar da produção acadêmica sobre a relação entre religião e saúde ter crescido nos últimos anos. Nos Estados Unidos, 66,67% das escolas médicas oferecem cursos

sobre espiritualidade. No Brasil, duas universidades federais foram pioneiras no oferecimento de componentes curriculares relacionados ao tema no curso de Medicina: a Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). (STROPPIA; ALMEIDA, 2008) Essa realidade é exposta por Silva (2015, p. 15):

[...] a interface fé-religião-saúde é uma linha tênue e espaço permanente de conflitos e negociações entre profissionais de saúde e praticantes de diversas religiões. Isso pode ser entendido como um reflexo da precarização do ensino em saúde, cada vez mais tecnicista e distante das dimensões subjetivas do homem.

No que se refere a essa construção curricular, o professor José Luiz Moreno Neto, a partir da sua experiência como docente da Faculdade de Medicina da UFBA, afirma que:

As relações com as afroregiliosidades são bastante pontuais, inclusive no próprio currículo, há um silenciamento, a ideia de um currículo oculto. Apesar de algumas pressões externas para que a gente lide com determinadas questões como as étnico-raciais e as vulnerabilidades sociais [...]. Diante dessa lacuna, eu construí uma disciplina optativa: Gênero, raça e desigualdades de saúde, foi uma das disciplinas que foi pautada para aprovação no currículo, na época a resposta do núcleo responsável foi que a gente tinha que transformar a disciplina em obrigatória, mas foi negada pelo colegiado, na figura do diretor, dizendo que não tinha nenhum motivo para uma disciplina como essa se tornar obrigatória no curso de Medicina.

Na FMB, poucos componentes curriculares se relacionam com essa temática. O Departamento de Medicina Preventiva promove uma visita a um terreiro de candomblé durante o primeiro ano de curso, essa visita é realizada em Salvador, no bairro Federação. A experiência é mencionada pelo professor José Luiz Moreno Neto:

Nós não temos módulos transversais, nem mesmo atividades sequenciais, apenas atividades pontuais, que inicialmente foram tratadas como visitas de campo da disciplina Módulo de Medicina Social e Clínica I – MEDB10. Eram visitas aos territórios em torno do anexo da Faculdade de Medicina da Bahia. Algumas visitas no Alto das Pombas na casa de Mãe Aurinha e algumas turmas faziam visitas ao terreiro Oxumaré na Federação, mas como atividade única para conhecer os equipamentos sociais, com o objetivo de conhecer as lideranças, as concepções de saúde, doença e cuidado e se havia ou não relação com os serviços de saúde oferecidos dentro do território.

Apesar da tentativa do departamento de proporcionar aos alunos do curso de Medicina, logo no início da formação, uma vivência nos terreiros de candomblé, a experiência ainda é insuficiente para apagar todas as marcas da discriminação. Jéssica Freixeira relata:

Eu considero o âmbito da faculdade um lugar extremamente branco. Eu considero uma casa branca, uma casa de um senhor de engenho, em que eu, enquanto pessoa de candomblé, preciso estar pisando em ovos para conseguir ter acesso a muitas coisas. Mas eu gosto muito de uma frase que minha avó dizia: 'A gente precisa ter muito jogo de cintura para dançar uma boa capoeira'.

Em relação à ocupação desses espaços acadêmicos por membros desse grupo religioso, o professor José Luiz Moreno Neto diz:

Por não ser fenotipicamente negro, então passa despercebido, eu não sou alguém que usa insígnias nem indumentárias que demonstrem uma identificação religiosa. Mas isso não tem relação com Faculdade de Medicina, eu sou assim mesmo, na forma de me vestir, me portar, conversar, eu sempre tento neutralizar, sem negar, a ideia da terapêutica, do sacerdote, do líder, para não criar nenhum tipo de barreira comunicacional.

Essa lacuna repercute no atendimento médico, uma vez que esses profissionais possuem dificuldade de agregar as crenças religiosas desse grupo ao processo de cuidado, gerando um itinerário terapêutico desconectado delas. (PORTUGAL, 2016) Nesse contexto, Portugal (2016, p. 3) ressalta que:

A busca por cuidado, a construção e adesão a um dado projeto terapêutico de modo algum se restringem à esfera dos serviços de saúde em uma acepção estrita. Ao contrário, existe todo um conjunto de significados compartilhados socialmente que engendram experiências idiossincráticas (individuais e coletivas) no que se refere ao adoecer.

Ainda cabe refletir sobre a existência do prêmio acadêmico Professor Raimundo Nina Rodrigues promovido pela FMB, que premia o formando com maior destaque em diversas atividades promovidas pela faculdade. É inegável a contribuição acadêmica de Nina Rodrigues, porém dar seu nome a um prêmio, de certo modo, auxilia a manutenção do vínculo da instituição com a propagação de ideias de discriminação.

Por outro lado, com o anúncio da pandemia do novo coronavírus pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em março de 2020, o mundo passou a ser regido pelo distanciamento social, gerando impacto em diversas áreas da vida, inclusive a religiosa. (CAPPONI; ARAÚJO, 2020) Nesse sentido, Capponi e Araújo

(2020, p. 254, tradução nossa) relatam que: “em religiões como o candomblé e a umbanda, quase todos os processos rituais envolvem o engajamento do corpo, contato físico e até mesmo a troca de fluidos corporais e alimentos entre os participantes”.

Durante a pandemia da covid-19, a violência contra as religiões de matriz africana continuou ocorrendo na Bahia. (CERQUEIRA, 2021; NOVAIS, 2020) De acordo com a Promotoria de Combate ao Racismo do Ministério Público da Bahia, no ano de 2020, 80% dos casos registrados de intolerância religiosa foram direcionados ao candomblé e 60% das vítimas se identificaram como sendo de cor preta. (CERQUEIRA, 2021) Além disso, símbolos e bustos relacionados à referida religião e colocados em locais públicos ainda, frequentemente, sofrem com depredação e vandalismo. (NOVAIS, 2020)

Dentro desse contexto pandêmico, essas religiões, historicamente marcadas pela reunião de pessoas em locais sagrados, tiveram que se reinventar para promover dois dos pilares que são compartilhados por diferentes religiões: o bem e a vida. Seguindo as orientações da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, pais e mães de santo cancelaram encontros e festividades presenciais, promoveram a distribuição de alimentos (característica das afrorreligiosidades), consultaram pessoas de maneira remota e realizaram ritos *on-line*. (CAPPONI; ARAÚJO, 2020; NOVAIS, 2020) Acerca desse momento histórico atípico e a necessidade de reinvenção desses grupos, Calvo (2021, p. 122) relata que:

[...] os terreiros se tornaram centros de redes de diálogos, relações e cuidados mirados a enfrentar as dificuldades de seus membros, das comunidades em que estão inseridos e da população em geral. Medidas sanitárias, ações sociais, práticas tradicionais de cura e ritos religiosos se entrelaçam, motivam e ressignificam uns aos outros.

Por fim, em contraposição aos obstáculos sociais enfrentados pelos candomblecistas, Braga (1993) pontua que, a despeito dos movimentos feitos por determinados setores da Igreja e da sociedade, os clamores por liberdade religiosa vindos de diversas comunidades negras na Bahia não foram silenciados – pelo contrário. A discriminação fortaleceu, entre o povo de santo, sentimentos de união e concórdia que tem sido muito importante na busca pela superação dos obstáculos colocados pelo preconceito e intransigências dos segmentos da sociedade que se negam a conviver com identidades culturais diferentes das suas compartilhadas por parcela expressiva da população negra brasileira.

Diante da complexidade das afrorreligiosidades, também enquanto agências terapêuticas, torna-se necessário compreender e reafirmar uma solidariedade

extramuros com essas comunidades, através da garantia da saúde física e social de seus membros. Enquanto profissionais da saúde, é necessário promover o equilíbrio da condição física e espiritual dos usuários da rede de saúde que passa, entre outras coisas, pelo respeito às suas crenças.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019.
- AMARAL, R.; SILVA, V. G. da. Foi conta para todo canto: As religiões afro-brasileiras nas letras do repertório musical popular brasileiro. *Afro-Ásia*, Salvador, n. 34, p. 189-235, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/770/77003407.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- BAHIA de todas as contas. Intérprete: Gal Costa. Compositor: Gilberto Gil. *In: BABY Gal*. Intérprete: Gal Costa. Rio de Janeiro: PolyGram, 1988. 1 CD, faixa 3 (4 min).
- BARROS, J. F. P. *O segredo das folhas: sistema de classificação de vegetais no Candomblé jêje-nagô do Brasil*. Rio de Janeiro: Pallas, 1993.
- BARROS, J. F. P.; TEIXEIRA, M. L. L. O código do corpo: inscrições e marcas dos orixás. *In: MOURA, C. E. de M. (org.). Meu sinal está no corpo: escritos sobre a religião dos orixás*. São Paulo: Edicon, 1989. p. 103-138.
- BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- BRAGA, J. Candomblé da Bahia: repressão e resistência. *Revista USP*, São Paulo, n. 18, p. 52-59, 1993. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/download/25991/27722>. Acesso em: 17 jul. 2021.
- CALVO, D. Redes de cuidado. *Plura: revista de estudos de religião*, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 121-135, 2021. Disponível em: <https://revistaplura.emnuvens.com.br/plura/article/view/1714>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- CAPPONI, G.; ARAÚJO, P. C. Occupying New Spaces: The “Digital Turn” Of Afro-Brazilian Religions During the COVID-19 Outbreak. *International Journal of Latin American Religions*, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 250-258, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41603-020-00121-3>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- CERQUEIRA, C. Agressões às religiões de matriz africana seguem acontecendo na Bahia mesmo na pandemia. *Correio*, Salvador, 21 jan. 2021. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/agressoes-as-religoes-de-matriz-africana-seguem-acontecendo-na-bahia-mesmo-na-pandemia/>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- ELBEIN DOS SANTOS, J. *Os Nagô e a Morte*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 1988.

- FERRETTI, S. F. Notas sobre o sincretismo religioso no Brasil – modelos, limitações e possibilidades. *Tempo*, Niterói, v. 6, n. 11, p. 13-26, 2001. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167018156002>. Acesso em: 5 jul. 2021.
- JACOBINA, R. R. Álvaro Rubim de Pinho (23/02/1922-09/11/1994): o psiquiatra baiano nascido na Amazônia. [201-]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/5863>. Acesso em: 27 set. 2022.
- MANDARINO, A. C. de S.; GOMBERG, E. Dimensões sociais e terapêuticas contemporâneas da religião afro-brasileira Candomblé. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões*, João Pessoa, v. 6, n. 2, p. 9-22, set. 2009.
- MANDARINO, A. C. de S.; GOMBERG, E. A Escola de Medicina da Bahia ou o lugar onde Pedro Archanjo foi bedel: representações de estereótipos acerca de macumba, loucura e crime. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 63-69, set. 2010.
- MANDARINO, A. C. de S. *et al.* Mercado: uma imensidão no universo sacro afro-brasileiro. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 64-69, dez. 2011.
- MELO, M. L. B. C. de; OLIVEIRA, S. S. “A Vida é uma Doença Incurável” - Cura e cuidado na tradição de terreiros afro-brasileiros no Rio de Janeiro: contribuições para atenção integral à saúde. *Revista Temas em Educação*, João Pessoa, v. 28, n. 1, p. 171-193, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/42072/22455>. Acesso em: 17 jul. 2021.
- MILAGRES do povo. Intérprete: Caetano Veloso. Compositor: Caetano Veloso. *In: TENDA dos milagres*. Intérprete: diversos intérpretes. Rio de Janeiro: Som Livre, 1985. 1 LP, lado A, faixa 1 (4 min).
- NABUCO, J. *Minha formação*. Brasília, DF: Edições Câmara, 2019.
- NABUCO, J. *Minha formação*. São Paulo: Instituto Editorial, 1949.
- NASCIMENTO, M. P.; MARTINS, P. C. B. Alternativas populares à medicina oficial: assistência à saúde e religiões de matriz africana. *Fragmentos de Cultura*, Goiânia, v. 29, n. 4, p. 697-707, 2019.
- NOVAIS, W. de. Intolerância religiosa: busto de Mãe Gilda é alvo de vandalismo pela 2ª vez. *Correio*, Salvador, 15 jul. 2020. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/intolerancia-religiosa-busto-de-mae-gilda-e-alvo-de-vandalismo-pela-2a-vez/>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- OLIVEIRA, A. M. B. de. *Religiões afro-brasileiras e o racismo: contribuição para a categorização do racismo religioso*. 2017. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2017.
- PEREIRA, F. L. de J. *Modernizar as cidades, civilizar os costumes: repressão a espíritas e candomblecistas na Bahia republicana (1920-1940)*. 2015. (Mestrado em História Social)

– Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

PORTUGAL, C. M. Entre o consultório e o terreiro: mediações, ruídos e silenciamentos nos itinerários terapêuticos de adeptos do candomblé. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1-14, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16944>. Acesso em: 17 jul. 2021.

PORTUGAL, C. M. A construção de um olhar psiquiátrico-antropológico acerca dos cultos de matrizes africanas no Brasil: uma perspectiva histórica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 14., 2014, Belo Horizonte. *Anais eletrônicos [...]*. Belo Horizonte: UFMG, 2014. Disponível em: http://www.14snhct.sbhct.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=800. Acesso em: 6 jul. 2021.

RIBEIRO, J. O. *Sincretismo religioso no Brasil: uma análise histórica das transformações no catolicismo, evangelismo, candomblé e espiritismo*. Recife, 2012. Disponível em: <http://estrategistas.com/wp-content/uploads/2013/06/Sincretismo-religioso-no-Brasil-Josenilda-Ribeiro.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2021.

SANTOS, A. C. B. dos *et al.* Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. *Revista do NUFEN*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 11-21, jul./dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 jul. 2021.

SERRA, O. *Os olhos negros do Brasil*. Salvador: Edufba, 2014.

SERRA, O. Sobre psiquiatria, candomblé e museus. *Caderno CRH*, Salvador, v. 19, n. 47, p. 309-323, maio/ago. 2006. Disponível em: https://www.academia.edu/7031597/Ordep_Serra_SOBRE_PSIQUIATRIA_CANDOMBL%C3%89_E_MUSEUS?email_work_card=interaction-paper. Acesso em: 21 jul. 2021.

SERRA, O. A tenacidade do Racismo. *Tempo e Presença Digital*, Rio de Janeiro, ano 6, n. 24, abr. 2011. Disponível em: http://www.koinonia.org.br/tpdigital/detalhes.asp?cod_artigo=435&cod_boletim=24&tipo=Artigos. Acesso em: 23 set. 2022.

SILVA, J. S.; FILHO CARDOZO, C. de A. Medicina tradicional e candomblé: relato de experiência. *ScientiaTec*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 49-64, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147632?src=similardocs>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SILVA, M. A. da. Candomblé e SUS: diálogos sobre biossegurança nos terreiros. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25389>. Acesso em: 16 jul. 2021.

SILVEIRA, R. da. *O candomblé da Barroquinha: processo de constituição do primeiro terreiro baiano de keto*. Salvador: Edições Maianga, 2006.

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO PÚBLICA DO PARANÁ.

Por que as religiões de matriz africana são o principal alvo de intolerância no Brasil? Curitiba, 25 nov. 2016. Disponível em: <https://appsindicato.org.br/por-que-as-religioes-de-matriz-africana-sao-o-principal-alvo-de-intolerancia-no-brasil/#:~:text=%E2%80%9COs%20afro%2Dbrasileiros%20s%C3%A3o%20discriminados,afro%2Dbrasileiras%E2%80%9D%2C%20diz>. Acesso em: 21 set. 2022.

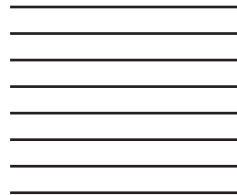
SOUSA JUNIOR, V. C. de. *Na palma da minha mão*: temas afro-brasileiros e questões contemporâneas. Salvador: Edufba, 2011.

TESSE, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, fev. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXWYqZpL6fwdfdVhGmMLqxQ/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2021.

VERGER, P. *Ewé: o uso das plantas na sociedade iorubá*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

VERGER, P. *Orixás*. Salvador: Corrupio, 1981.

WILLEMANN, E. M.; LIMA, G. R. de. O preconceito e a discriminação racial nas religiões de matriz africana no Brasil. *Revista Uniabeu*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 70-94, set./dez. 2010. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/60>. Acesso em: 14 jul. 2021.



5

SAÚDE, DOENÇA E CURA NAS ESCRITURAS SAGRADAS

Ana Carolina Vilasboas Aguiar

Milena Quintela de Alcântara

Rachel Ferraz Lessa

Sofia Sampaio Paixão

Victória Rodrigues Marta

Ernane Nelson Antunes Gusmão

INTRODUÇÃO

A Bíblia foi o primeiro livro impresso no modelo de produção inventado por Gutenberg e é também o mais lido e vendido mundialmente. (GONZAGA, 2019) É considerada uma obra sagrada pelos cristãos e aquela que descreve toda a saga do homem na Terra. Segundo religiões como o catolicismo e o protestantismo, a palavra de Deus teria sido registrada por homens através de escritos, a fim de responder aos grandes questionamentos da humanidade. Tais escritos teriam, as-

sim, formado os livros que passaram a compor a Bíblia. O espaço de tempo em que ela foi escrita por seus múltiplos autores é de, aproximadamente, 2 mil anos. No entanto, a história registrada nos livros sagrados abrange um período muito maior, uma vez que narra a própria criação do mundo. Seus vários Evangelhos apresentam diversas passagens sobre saúde e doença, trazendo nomeações para diferentes formas de sofrimento humano e as variadas terapêuticas então empregadas para tratá-las. Algumas dessas passagens serão abordadas com uma maior profundidade ao longo deste capítulo. (GUSMÃO, 2016)

Os livros que compõem a Bíblia foram escritos originalmente nos idiomas hebraico, aramaico e grego antigos. Atualmente, ela se encontra traduzida para aproximadamente 3 mil idiomas e em diversas versões, uma vez que a grande maioria de seus leitores não compreende as linguagens originais. (KONINGS; SILVA, 2020) Entretanto, em meio a tantas traduções, surge a dúvida de o quanto as edições às quais se tem acesso hoje são fiéis ao que foi originalmente escrito. Por muitos anos, a única variante adotada pela igreja era a versão *Vulgata Latina*, cuja tradução é de autoria de São Jerônimo. (KONINGS; SILVA, 2020) O latim, contudo, tornou-se obsoleto e a leitura das Escrituras Sagradas limitou-se àqueles com condições financeiras, que tinham acesso ao estudo de tal língua, e, naturalmente, a certos membros do clero. Assim, com o intuito de diminuir a elitização, a *Bíblia de Lutero*, publicada por volta de 1522, foi revolucionária na busca por uma tradução em alemão acessível às camadas populares. (STADELMANN, 1985)

As línguas se encontram em constante mudança. Diante disso, podem existir diferentes versões das Escrituras no mesmo idioma. Deste modo, ao longo do tempo, se fazem necessárias revisões e alterações na tradução de termos que se tornam ultrapassados. Além disso, nenhum texto é literalmente traduzido de uma língua para a outra; há expressões, palavras e até mesmo construções de ideias que variam muito entre as diferentes linguagens. (KONINGS; SILVA, 2020) Por exemplo, na Bíblia, os verbos “dormir” e “adormecer” indicam tanto o sono físico quanto o sono da morte. Assim, quando possuem sentido de óbito, os tradutores podem empregar outras palavras para evitar confusões e possíveis ambiguidades. Nessa perspectiva, a compreensão do leitor sobre o texto depende, em muito, de um trabalho de tradução de qualidade. (LIMA; PINHEIRO-MARIZ, 2016) Mas, para além disso, é importante ressaltar que o próprio trabalho de tradução envolve escolhas subjetivas. Em outras palavras, sempre haverá opções que o tradutor terá que fazer e elas serão baseadas em suas preferências e percepções pessoais sobre a língua para a qual a obra está sendo traduzida. Outro exemplo é quando uma tradução é encomendada, com alguma finalidade, por alguém ou por certas entidades. Nesses casos é comum que o pedido de tradução envolva o intuito de promover e difundir um determinado ponto de vista, o qual, naturalmente

influenciará os caminhos que tomará o processo de tradução. É possível também que, em diversos momentos, o texto original sofra interferências anacrônicas, ou seja, que sejam feitas referências a elementos inexistentes no tempo em que os textos foram de fato escritos. Diante desse último ponto, surge a questão que incitou a escrita deste capítulo: será que é possível realmente falar em “Medicina” nas Escrituras Sagradas?

Os temas da saúde, da doença e das artes de cura nos relatos bíblicos são retratados na Bíblia a partir de visões bastante espiritualizadas. Deus é visto como o principal “médico”, aquele que proporciona todas as curas. Já as doenças são consideradas punições do Altíssimo, como é tratado em Levítico:

Mas, se não me ouvirdes, e não cumprirdes todos estes mandamentos, e se rejeitardes os meus estatutos, e a vossa alma se enfadar dos meus juízos, não cumprindo todos os meus mandamentos, para invalidar a minha aliança, então eu também vos farei isto: porei sobre vós terror, a tísica e a febre ardente, que consumam os olhos e atormentem a alma; e semeareis em vão a vossa semente, pois os vossos inimigos a comerão. (BÍBLIA, 2014, Lv, 26:14-16)

A aparição de praticantes da arte da cura propriamente ditos é bastante rara no Antigo Testamento, pois, segundo ele, essa poderia ser realizada apenas por Deus. Todavia, a cura dos males e a origem dos seres humanos, muitas vezes, são relatadas como situações milagrosas e estão presentes nos primeiros livros das Escrituras, como a seguinte passagem, descrita em Gênesis: “Então formou o Senhor Deus o homem do pó da terra, e lhe soprou nas narinas o fôlego da vida, e o homem passou a ser alma vivente”. (BÍBLIA, 2014, Gn, 2:7) A criação do homem por Deus teria se iniciado, de acordo com o livro sagrado, a partir do sopro da vida, visto também como uma representação simbólica do primeiro trago de ar de um recém-nascido, ao sair do ventre materno. Alguns autores, interpretam a descrição da ação do profeta Eliseu, um discípulo de Elias, como a primeira menção bíblica de uma reanimação. No seguinte trecho, Eliseu teria reanimado o jovem filho de uma viúva Sunamita (GUIMARÃES et al., 2009):

Então entrou ele, e fechou a porta atrás deles dois, e orou ao Senhor. E subiu, e deitou-se sobre o menino, e pondo a sua boca sobre a boca dele, e os seus olhos sobre os olhos dele, e as suas mãos sobre as mãos dele, se estendeu sobre ele; e a carne do menino aqueceu. Depois voltou, e andou naquela casa dum parte para a outra, e tornou a subir, e se estendeu sobre ele; então o menino espirrou sete vezes, e o menino abriu os olhos. (BÍBLIA, 2014, Rs, 4:33-35)

Um dos livros da Bíblia que faz maior alusão aos “médicos” é Eclesiástico, considerado sagrado por boa parte das igrejas cristãs, como a Igreja Católica Romana, as Igrejas Católicas Orientais e as Igrejas Ortodoxas. Os versículos do capítulo 38 fazem ode à atual profissão e ratificam sua importância, pois seus profissionais seriam criação do Altíssimo. O capítulo afirma a necessidade da arte da cura praticada pelo homem, além de atrelá-la à fé e ao poder divino: “E eles mesmos rogarão ao Senhor que mande por meio deles o alívio e a saúde [ao doente] segundo a finalidade de sua vida”. (BÍBLIA, 2014, Eclo, 38:14)

É importante também citar as passagens da Bíblia que narram experiências de natureza médica, a partir de Lucas. No século XIX, quando se intensificaram os estudos sobre as Escrituras Sagradas, pesquisadores começaram a observar com maior foco a forma de escrita dos livros do III Evangelho e de Atos dos Apóstolos, que são considerados de autoria de São Lucas. Esses estudos afirmam haver em sua redação muitos marcadores de linguagem e palavras do estilo “médico” da época, além da personagem demonstrar bastante conhecimento sobre as artes da cura no período em que viveu. (MORUJÃO, 2007)

Convencionalmente, São Lucas é considerado o “médico amado”, ou “médico de homens e de almas”. Segundo a Bíblia, ele aliou seus conhecimentos adquiridos na Escola de Medicina de Pádua, juntamente com o que lhe foi ensinado pelo humanista egípcio Keptah, e trouxe um novo olhar terapêutico, não se limitando a interessar-se pelas doenças, mas, acima de tudo e antes de mais, pela pessoa do doente. (MORUJÃO, 2007) Sobre sua personalidade, autores afirmam que Lucas se preocupava em aliar suas curas à fé em Deus, e citava que o Senhor havia lhe incumbido do trabalho de cuidar e tratar das almas necessitadas: “O Espírito do Senhor está sobre mim, porque ele me ungiu para pregar boas novas aos pobres. Ele me enviou para proclamar liberdade aos presos e recuperação da vista aos cegos, para libertar os oprimidos”. (BÍBLIA, 2014, Lc, 4:18) Lucas considerava que a mente possuía uma energia capaz de aliviar e vencer muitos males, o que transformava a crença no poder divino em uma aliada ao tratamento. (MORUJÃO, 2007) Com isso, utilizava-se uma lógica similar à que, hoje, é amplamente difundida pelo Método Clínico Centrado na Pessoa. Tal método prevê a grande importância da fé e do bem-estar psíquico para o tratamento e prognóstico de doenças, e para o cuidado com a saúde no geral. (RIBEIRO; AMARAL, 2008) Teria a constituição desse método alguma relação com passagens da Bíblia como as mencionadas anteriormente? Outros estudos, e muito mais profundos, teriam que ser conduzidos para se responder tal pergunta.

As Escrituras Sagradas são consideradas, por muitos, como testemunho do que um dia foi a humanidade e de como se organizavam as sociedades – o que reitera a importância destas, não somente no sentido religioso, mas também para

pesquisas históricas, geográficas e filosóficas. É indubitável a influência da religião cristã na cultura, na ética e na moral ocidentais, tanto no passado quanto no presente. Esse prisma abre caminhos para que comparemos as práticas atuais da ciência com o transcendente, uma vez que ambas são consideradas produtos humano e do social. Apesar das muitas divergências que perduram entre a ciência e certas vertentes religiosas cristãs, muitas outras defendem o respeito e a comunhão entre ambas.

A REPRODUÇÃO HUMANA NAS ESCRITURAS

Parte das histórias narradas nas Escrituras Sagradas está relacionada às mulheres e seus papéis na sociedade e na religião retratadas. Como a Bíblia é a narrativa de um povo e as mulheres partes integrantes dele, é importante abordar neste capítulo questões inerentes à saúde feminina. As estruturas patriarcais permeiam as sociedades nos primeiros séculos da civilização humana, mas a atuação feminina, de extrema relevância, está presente em todas as fases de constituição do “povo escolhido”, segundo a Bíblia. Através de Eva, por exemplo, houve o nascimento da humanidade (BÍBLIA, 2014, Gn, 3:20); foi através de quatro mulheres que surgiu o “povo da promessa”; e não fosse a desobediência das parteiras dos hebreus (BÍBLIA, 2014, Ex, 1:15-20) não haveria povo para ser libertado por Moisés, nascido de uma mulher. (RIBEIRO, 2020)

Por meio de reflexões feitas através da leitura bíblica, nota-se hábitos, princípios e atitudes relacionados à saúde reprodutiva que se mantêm influentes nos dias de hoje. A maternidade, por exemplo, é enquadrada, principalmente, a partir dos relatos de partos e de amamentação. Um trecho importante sobre dar à luz retrata o amor pelo filho como fator de cura das dores da parturiente, evidenciando que a romantização do amor materno e do parto são bastante antigas: “A mulher que está dando à luz sente dores, porque chegou a sua hora; mas, quando o bebê nasce, ela esquece a angústia, por causa da alegria de ter vindo ao mundo”. (BÍBLIA, 2014, Jo, 16:21)

Segundo a Bíblia, os indivíduos do sexo masculino eram, em geral, detentores de poder, terras, influências político-econômicas e mulheres, as quais eram subjugadas em termos de necessidades e demandas. (COELHO; CERDEIRA; HONORATO, 2019) Entretanto, certas condutas femininas, como a desobediência, se destacam como fator primordial para criação de um povo. Em Êxodo (1:15-20), há um importante relato sobre as parteiras dos hebreus, Sefra e Fua. O rei do Egito, temendo uma insurreição de seus súditos, mandou que elas matassem todos os meninos que viessem ao mundo, logo após o parto desses bebês. Contudo, Sefra e Fua desobedeceram às ordens do rei e deixaram as crianças vivas. Tal ato de re-

beldia permitiu o crescimento da população hebraica à qual Moisés pôde se aliar. (BÍBLIA, 2014)

Há também, em Êxodo (2:9-10), relatos de amamentação que destacam a importância da relação mulher-criança para o desenvolvimento saudável da segunda. Na época do nascimento de Moisés, havia a profecia de que um homem, chamado Messias, filho de hebreus, libertaria os escravizados do Egito. Dessa forma, temendo o nascimento do bebê hebreu prometido, o faraó Ramsés II ordenou a morte dos recém-nascidos daquele povo. A mãe de Moisés, Jocabed, colocou sua criança em uma cesta no Rio Nilo, que foi resgatada pela filha do faraó. A irmã do menino, Miriam, assistiu a tudo e orientou a princesa a buscar uma ama de leite. Assim, Miriam descreve o primeiro testemunho da ligação materna a partir da amamentação, visto que a ama era a própria mãe de Moisés. (BÍBLIA, 2014)

No Antigo Testamento, em Gênesis, Deus promete a Abraão que ele e seus descendentes seriam formadores de uma grande nação. Nesse contexto, quatro mulheres tiveram dificuldades para engravidar: Sara, Raquel, Rebeca e Lia, o que colocou em risco o cumprimento do juramento divino. O mandamento de Deus “Frutificai e multiplicai-vos” (BÍBLIA, 2014, Gn, 1:28) somava-se à estrutura patriarcal da sociedade da época contribuindo para a redução do papel feminino à reprodução. Assim, leis permitiam que as dificuldades em gerar descendentes fossem contornadas a partir da compra de escravizadas, que eram obrigadas a carregar em seu ventre os filhos de suas senhoras inférteis. Raquel, por exemplo, enciumada com os filhos da irmã, levou sua concubina, Bila, para deitar-se com seu marido e lhe gerar um herdeiro. (BÍBLIA, 2014, Gn, 30:3-6)

A circuncisão e o coito interrompido são outros exemplos de práticas já existentes na Antiguidade e que são mantidas nos tempos atuais. A circuncisão, nas Escrituras, é considerada um ato que indica pertencimento ao povo com o qual Deus fez sua aliança. (BÍBLIA, 2014, Gn, 17) Atualmente, muitas religiões, como o judaísmo, a realizam como um ritual. Alguns estudos entendem que a realização dessa prática pode prevenir o câncer de pênis e diminuir a incidência de infecção masculina pelo vírus HPV. (REIS, 2010; SOUZA, 2011; WIND, 2019) Assim, tais pesquisas concluem que seu incentivo pode ser uma forma de educação em saúde.

O coito interrompido, por sua vez, é a primeira prática testemunhada na Bíblia, com a finalidade de contracepção. (GUSMÃO, 2016) Na época retratada pelo Antigo Testamento, havia uma lei em que se o primogênito de uma família morresse sem deixar descendentes, cabia ao segundo filho perpetuar a linhagem. Nesse cenário, Onã, ao ter relações sexuais com Tamar, sua cunhada, recusou-se a engravidá-la, “desperdiçando seu esperma por terra”. Tal ato aborreceu Deus, que tirou a vida de Onã. (BÍBLIA, 2014, Gn, 38:9-10) É por conta dessa narrativa, de uma atividade sexual improdutiva, que a interrupção do coito antes da ejacu-

lação e a masturbação foram denominadas de “onanismo”. (FLORÊNCIO, 2009; SIMIÃO; SIMANKE, 2021) Durante o século XIX, o onanismo foi considerado por muitos médicos, especialmente psiquiatras, como um hábito nocivo e o indivíduo que o praticava era considerado degenerado.

Em Salmos, existem duas passagens em que há ênfase na importância da família para a perpetuação de um povo crente no Senhor. É através do amor fraternal e maternal que se obtém as bênçãos de Deus: “A maior benção de Deus são os filhos, que prolongam a vida e o nome da família. É através deles que a história continua gerando vida nova”. (BÍBLIA, 2014, Sl, 127) Ou ainda:

Temer a Deus consiste em reconhecer que só ele é Deus, e o homem não é Deus. Daí nasce a obediência à vontade de Deus, que abençoa e ensina o caminho da vida: trabalho honesto, amor matrimonial, paternidade e maternidade que partilham a vida. (BÍBLIA, 2014, Sl, 128)

É certo que um dos mandamentos de Deus prevê que seus filhos se reproduzam e povoem a terra. (BÍBLIA, 2014, Gn, 1:28) Nos livros sagrados, em diversos momentos, há incentivos para que isso aconteça. Em Êxodo, por exemplo, há o relato de que, se uma mulher grávida for ferida durante uma briga com um homem e sofrer um aborto, esse deve pagar uma indenização para seu marido. (BÍBLIA, 2014, Ex, 21:22-23) Nota-se, entretanto, que a “multa” não é a punição para alguém que interrompe uma vida pura e simplesmente. O que está em jogo nessa situação é a usurpação de uma propriedade masculina, no caso, o filho ou filha que iria nascer. Há ainda passagens do Antigo Testamento que mencionam a interrupção da gravidez como uma prática aceitável em certos casos. Em Números, por exemplo, é narrado um aborto ritualístico realizado por um sacerdote. Nessa situação, crendo na infidelidade da esposa, mas sem conseguir prova-la, o marido manda que se realize o “ritual da ordália”. Nele, a grávida era obrigada a ingerir “águas amargas”, consideradas abortivas. Se o aborto se concretizasse, ficava comprovado o adultério e a mulher poderia ser punida com a morte por apedrejamento. (BÍBLIA, 2014, Nm, 5:15-28) Tal relato deixa claro que a condenação da prática pelo cristianismo não é absoluta. Novamente, a situação situa o “pecado” não no ato de tirar uma vida, mas na infidelidade.

Há muitos relatos nas Escrituras Sagradas que tocam no assunto que hoje chamamos “saúde reprodutiva”. Nas passagens apresentadas, vê-se o protagonismo dado às mulheres na criação de um povo e hábitos que são praticados por diversas sociedades nos dias atuais. Apesar das limitações impostas por um modelo de sociedade patriarcal, certas mulheres conseguiram encontrar meios necessários para resistir e fazer valer as suas vontades e convicções.

AS INTERPRETAÇÕES SOBRE AS DOENÇAS DA PELE

Como já mencionado, a relação saúde-doença na Bíblia está intimamente ligada a Deus. A saúde é tida como uma bênção e a doença como resultado de um castigo infligido por conta de algum pecado cometido. (CURI, 2002; NIERO; LORASCHI, 2012) Assim, a cura dependeria da fé, das orações e do perdão concedido pelo Senhor: “Servireis, pois, ao senhor vosso Deus, e ele abençoará o vosso pão e a vossa água; e eu tirarei do meio de vós as enfermidades”. (BÍBLIA, 2014, Ex, 23:25) Muitos profetas aparecem na Bíblia como mediadores entre o indivíduo mortal e o ser divino. Alguns sacerdotes auxiliavam no processo de cura através de procedimentos que utilizavam elementos da natureza para a purificação do pecador. Ainda há pessoas, portadoras de conhecimentos específicos, enviadas por Deus para executar ações que promovessem o bem-estar e a saúde de outros indivíduos. (NIERO; LORASCHI, 2012)

Observa-se que, desde os tempos bíblicos, a compreensão da tríade saúde-doença-cura envolve aspectos sociais e culturais – a saber, questões socioeconômicas, políticas, históricas e inerentes às crenças de cada povo. (CUNHA, 2002; CURI, 2002) A cultura, compartilhada por diversas pessoas de uma mesma comunidade, é construída e ressignificada ao longo do tempo, de acordo com as experiências vivenciadas, mudanças de valores, surgimento de novos símbolos, normas, práticas etc. (LANGDON; WIIK, 2010)

O corpo é o local de percepção da doença e da dor, e pode ter a função de signo: transmitir informações e comunicar mensagens (significante) e carregar conteúdo (significado). (FOUCAULT, 1977) O significado pode ser a doença, a qual se enquadra a partir dos sintomas pessoais dos indivíduos, como a dor e a experiência de estar doente, e dos sinais observados através de anamnese e de exames laboratoriais. O diagnóstico, assim, encontra-se em sintonia com o social, uma vez que as percepções de enfermidade e saúde perpassam não somente os conceitos científicos, mas também outras esferas da cultura, como a espiritual, a psicológica, a política e a econômica, as quais interferem na compreensão sobre se estar saudável ou adoentado. Nesse sentido, há dores que são consideradas sofrimentos e outras que são naturalizadas em certas culturas. (FERREIRA, 1994)

Nessa perspectiva, quando certos fenômenos de adoecimento aparecem nas Escrituras Sagradas, ficam claros os atributos culturais que assume seu feitiço. Em Levítico, Deuteronômio, Gênesis e no Eclesiastes, entre outros livros da Bíblia, há indícios de que algumas enfermidades e problemas que acometem a pele, como o que hoje chamamos de hanseníase, queimaduras, úlcera do Egito, sarna, comichão de pele (coceiras), vitiligo, psoríase e eczema já eram fenômenos

conhecidos. (GUSMÃO, 2016) Dentre eles, a doença que atualmente conhecemos como hanseníase é a que mais se destaca, sendo citada diversas vezes, e tendo no livro de Levítico, capítulos 13 e 14, orientações sobre como diagnosticá-la e realizar o processo de tratamento: “Javé falou a Moisés e Aarão: ‘Quando uma pessoa tiver na pele uma inflamação, um furúnculo ou qualquer mancha que produza suspeita de lepra, será levada à presença do sacerdote Aarão ou de um de seus filhos sacerdotes’”. (BÍBLIA, 2014, Lv, 13:1) Assim, cabia aos sacerdotes examinar e diagnosticarem os casos de hanseníase, chamada “lepra” na época. Quando comprovados como portadores da referida enfermidade, os doentes eram considerados impuros e precisavam se afastar do convívio social para dar início ao tratamento. Se a ferida ou mancha na pele fosse considerada diferente daquelas reconhecidas como “lepra”, se deveria isolar o indivíduo por sete dias e voltar a examiná-lo. Nesse meio tempo, sacrifícios e rituais com elementos encontrados na própria natureza deveriam ser realizados no intuito de que purificassem o doente, como é possível observar no seguinte versículo:

Depois do exame, se verificar que o leproso está curado da lepra, mandará trazer para o leproso a ser purificado duas aves vivas e puras, madeira de cedro, púrpura escarlata e hissopo. Em seguida, mandará sangrar uma das aves, num vaso de argila sobre água de fonte. Pegará a ave viva, a madeira de cedro, a púrpura escarlata, o hissopo, e mergulhará tudo junto com a ave viva, no sangue da ave sangrada sobre a água da fonte. Fá, então, sete aspersões sobre o homem que está se purificando da lepra e o declarará puro. Depois, deixará que a ave viva voe para o campo. Aquele que se purifica deve lavar as roupas, raspar todos os pelos, lavar-se com água, e então ficará puro [...]. (BÍBLIA, 2014, Lv, 14:3-8)

Dessa forma, o diagnóstico, ou seja, a constatação da presença da doença, passa a ser um fator estruturante de situações, ao orientar medidas de ação perante à situação de possível contaminação. Tal relação favoreceu a criação de estigmas e estereótipos que determinavam a impossibilidade de o indivíduo continuar a viver em sociedade. (CURI, 2002; ROSENBERG; GOLDEN, 1977) No seguinte trecho da Bíblia é possível constatar a exclusão social dos indivíduos considerados “impuros”:

Quem for declarado como leproso, deverá andar com as roupas rasgadas e despenteado, cobrindo o bigode e gritando: ‘impuro! Impuro’. Ficará impuro todos os dias enquanto estiver nele a doença. É impuro, viverá separado e habitará fora do acampamento. (BÍBLIA, 2014, Lv, 13:45)

Diante desse e de outros enquadramentos sociais adquiridos ao longo da história, os termos “lepra” e “leproso” se tornaram estigmatizantes e bastante pejorativos. Já no século XX, buscou-se mitigar o preconceito com relação à “lepra”, que tem suas raízes na Antiguidade, propagando-se campanhas de tratamento e decidindo-se por denominá-la de hanseníase. (CURI, 2002) Inicialmente, esse processo se deu com a descoberta do agente causador da doença, o bacilo *Mycobacterium leprae*, pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), em 1873. Tal evento contribuiu para que as compreensões sobre a doença e sua etiologia fossem desassociadas das questões divinas e da ideia de punição. O desenvolvimento de um tratamento para a doença também foi importante para esse processo, desacreditando práticas como o isolamento, a exclusão e sacrifícios. No Brasil, a partir de 1970, o termo “lepra” começou a ser oficialmente substituído por hanseníase. Em 1995, foi criada a Lei nº 9.010, que proibiu o uso da palavra “lepra” e suas derivações em documentos nacionais oficiais. O Brasil é o único país do mundo a utilizar o termo “hanseníase” no esforço de reduzir a estigmatização trazida pela história da referida enfermidade. (COSTA, 2007)

É importante ressaltar que, apesar de a “lepra” ser uma das doenças mais citadas na Bíblia, ao analisar as descrições dessa enfermidade, é possível inferir que esse era um termo genérico utilizado para se fazer referência a diversos processos patológicos. Alguns autores contemporâneos acreditam que em muitos casos o indivíduo não possuía hanseníase, mas dermatoses comuns na época retratada, cuja disseminação era facilitada, entre outras coisas, pelas más condições de higiene em que a população vivia. Em outros casos, o termo referia-se a quadros de adoecimento que hoje conhecemos como sífilis e elefantíase. (CUNHA, 2002; SCLAR, 1999) Sendo assim, nem tudo que era considerado “lepra” nos tempos bíblicos se refere à hanseníase dos tempos atuais. (CURI, 2002)

Outra doença de pele à qual se acredita que o termo “lepra” fazia referência é a que hoje chamamos de vitiligo. (BELLET; PROSE, 2005) Segundo Issa (2003), a associação entre os dois termos deve-se, em muito, ao fato de que, no Antigo Testamento, algumas doenças, dentre elas o vitiligo, estavam reunidas sob palavra hebraica “Zoraat”. Essa expressão foi traduzida como “lepra” e, assim, manteve-se o preconceito em relação às manchas brancas na pele características do vitiligo. (ISSA, 2003) Com a psoríase não foi diferente. Essa foi descrita como uma lesão cutânea chamada de “psora”, do grego. Traduzida como “coceira” e/ou “lepra”, a psoríase foi inicialmente considerada como uma moléstia contagiosa e seus doentes marginalizados. (VAN; SCHALKWIJK, 2008 apud REIS, 2017; ROMITI et al., 2009) No século XIX, Robert Willan começou a caracterização da psoríase e, em 1841, Ferdinand von Hebra foi responsável por diferenciá-la da “lepra” (hanse-

níase), mudando, assim, o curso do tratamento e revertendo muitos dos estigmas sociais. (REIS, 2017; ROMITI et al., 2009)

Durante muitos séculos, a “lepra” carregou estigmas que tiveram consequências negativas na vida de diversas pessoas, as quais apresentavam não somente a hanseníase, mas também outras doenças. A leitura e o estudo das Escrituras Sagradas nos proporcionam bons exemplos para se compreender que o processo de diagnóstico enquadra os indivíduos não somente do ponto de vista médico e biológico, mas também social. Ele orienta regras e padrões coletivos a serem seguidos, os quais, a despeito dos esforços de desestigmatização de doenças como a hanseníase, auxiliam, muitas vezes, a perpetuação de certos preconceitos. A ciência médica foi fundamental para a caracterização e singularização de cada uma dessas doenças, bem como para o desenvolvimento de formas de tratamento para estas. Tais esforços trouxeram contribuições para que os estigmas ligados a essas enfermidades fossem apagados. É inegável que a religião continua a influenciar a vida de muitas pessoas, através da fé e da esperança. Mas também de uma crença ortodoxa que não leva em conta todo o conhecimento produzido pelos campos científicos sobre os processos de adoecimento humano.

A MENTE, O ADOECIMENTO E A FÉ

Ao longo da história da humanidade, a religião, a espiritualidade e a prática médica estiveram interligadas. Assim, é comum se procurar na religião respostas para os anseios que permeiam a vida terrena, como explicações para fenômenos naturais, para o adoecimento e a morte. Apenas no final do século XX, entretanto, a comunidade científica buscou entender a importância do binômio Espiritualidade/Religião (E/R) na integridade física e mental das pessoas. (GONÇALVES et al., 2015)

“Espiritualidade” apresenta-se como um termo amplo, traduzido, para muitos indivíduos, na ligação entre o “eu” e o transcendental, através de uma jornada pessoal de autoconhecimento, que pode ou não estar vinculada a uma religião específica. Cada religião, por sua vez, consiste em uma expressão da espiritualidade, construída a partir de um sistema organizado de crenças, rituais, símbolos, que são compartilhados dentro de uma comunidade. (KOENIG; KING; CARSON, 2012)

Segundo a mitologia grega, Pandora abriu a caixa e libertou todos os males que assolavam a humanidade. Dentro dela, restou a esperança, que voou, tocando e curando as feridas que foram abertas pela dor e pelo sofrimento. A esperança é, a partir desse mito, interpretada por muitos como a vontade humana de transformar e mover o mundo – o sentimento coletivo e individual que impulsiona e encoraja a vida e a expectativa do futuro que há de vir. (BRANDÃO, 1987) Nesse

sentido, a esperança não precisa de um contexto religioso para existir, embora frequentemente se relacione com ele. (KOENIG; KING; CARSON, 2012) Ao se deparar, por exemplo, com o diagnóstico de uma doença crônica ou terminal, o paciente pode experimentar a partir de seu intenso desejo de viver.

Enquanto a esperança é a busca pela chegada, a fé é a travessia. Através da última, a mente humana encontra significado e pertencimento ao sagrado, o que ajuda a muitos a ultrapassarem os limites impostos pelas adversidades. A ideia de que “a fé move montanhas” remete à noção de que a mente é capaz de curar a alma, mesmo que o corpo esteja afetado por uma enfermidade. No cristianismo, esse sentimento pressupõe entrega: “seja feita a vossa vontade, assim na terra, como no Céu”. (BÍBLIA, 2014, Mt, 6:10) Se o indivíduo crê em Deus, não importa o que lhe aconteça, sua conexão espiritual com o transcendental lhe traz a paz de que aquilo foi o melhor: o adoecimento, a cura e, em alguns casos, a morte. (ARANTES, 2019)

22. Jesus respondeu: Tenham fé em Deus. 23. Eu afirmo a vocês que isto é verdade, vocês poderão dizer a este monte: Levante-se e jogue-se no mar. Se não duvidarem no seu coração, mas crerem que vai acontecer o que disseram, então isso será feito. 24. Por isso eu afirmo a vocês: quando vocês orarem e pedirem alguma coisa, creiam que já a receberam, e assim tudo lhes será dado (BÍBLIA, 2014, Mc, 11:22-24)

Entende-se que o homem é um ser holístico, formado pelo conjunto do físico, do moral, do social e do espiritual. (BOFF, 1999) Esses aspectos são combinados de forma harmoniosa e garantem o bem-estar e a integridade humana. Nesse formato, a Medicina Centrada na Pessoa (MCP), se contrapondo à tradicional, entende a importância da mente em qualquer tratamento. (STEWART et al., 2017) Os sinais apresentados pelo paciente, como febre, resultados laboratoriais e pelo corpo, podem ter semelhanças em diversos diagnósticos realizados pela Medicina, mas as experiências dos sintomas, do processo de adoecimento, bem como dos sentimentos trazidos por ele, são individuais. O corpo não é um conjunto de fragmentos, mas um todo e tanto o sofrimento mental, quanto a fé podem refletir no prognóstico para além das informações objetivas registradas nos prontuários.

No Novo Testamento, há uma passagem que defende o poder da mente no processo de cura. Durante uma caminhada pelo oeste do lago da Galileia, Jesus encontrou uma mulher que há 12 anos sofria de uma hemorragia. Ela havia passado pelas mãos de diversas pessoas consideradas entendidas no assunto das doenças e das curas naquele tempo, mas de nada havia adiantado. Quando a moça encostou na barra da capa de Cristo, o sangue que a atormentava parou de escorrer. O profeta percebeu e perguntou quem o tocou. Ela, nervosa, atirou-se aos seus

pés e lhe contou que havia sido curada, Jesus então disse “Minha filha, você sarou porque teve fé! Vá em paz”. (BÍBLIA, 2014, Lc, 8:43-48)

Cada corpo é um templo que precisa ser cuidado e respeitado. Em vista disso, algumas pesquisas comprovam as correlações positivas entre E/R e saúde, mostrando que o binômio pode influenciar a melhora de desfechos clínicos e prevenir enfermidades ao pregar noções de estilo de vida saudável. (GONÇALVES et al., 2015) Harold Koenig, King e Carson (2012) concluiu que a E/R influencia a diminuição de tentativas de suicídio e das taxas de uso/abuso de substâncias tóxicas, quando comparou a ocorrência de tais quadros em pacientes religiosos e não religiosos. Para as primeiras pessoas, a religião representa esperança, propósito, pertencimento e, principalmente, amor. (KOENIG; KING; CARSON, 2012)

Apesar dos inúmeros estudos que comprovam as correlações positivas, também deve-se examinar os possíveis aspectos negativos que emergem quando indivíduos creem no seu adoecimento como resultado de um castigo e/ou do abandono divino. Em certas perspectivas cristãs construídas a partir de determinadas interpretações do Novo Testamento, a doença se relaciona diretamente com o pecado. (DIAS, 2003) Após curar um homem doente, Jesus o alertou: “Escute! Você agora está curado. Não peque mais, para que não aconteça com você uma coisa ainda pior”. (BÍBLIA, 2014, Jo, 5:14) Desse modo, observa-se o lado punitivo da religião cristã, que castiga pecadores através do adoecimento, e que contribui para o aumento dos índices de ansiedade, depressão e até de mortalidade entre certos fiéis. A falta de esperança, a perda da fé e a sensação de abandono acreditados advindos de um pecado cometido contribuem para uma menor adesão aos tratamentos, uma vez que frente a esse conflito, o indivíduo pode querer prolongar seu sofrimento ao invés de aliviá-lo. (GONÇALVES et al., 2015) Nessa perspectiva, diversas passagens bíblicas expõem como Jesus associa cura e redenção. Ao ajudar um paraplégico, Cristo diz, antes de orientá-lo a caminhar: “Coragem, meu filho! Os seus pecados foram perdoados”. (BÍBLIA, 2014, Mt, 9:2) Assim, o perdão é tido como o tratamento curativo.

Além do viés individual, segundo a Bíblia, o mal também permeia o coletivo e gera consequências no corpo. No Evangelho de João, há um relato do encontro entre Jesus e um cego de nascença. Os discípulos questionaram: “Mestre, por que este homem é cego? Foi por causa dos pecados dele ou por causa dos pecados dos pais dele?”. O profeta, no entanto, trouxe uma nova reflexão sobre a cegueira do homem, retirando a possível culpa de terceiros: “Ele é cego para que o poder de Deus se mostre nele”. (BÍBLIA, 2014, Jo, 9:2-3) De acordo com essa passagem, o pecado não é o único motivo para o adoecimento e há uma intenção divina maior, que estaria além da nossa compreensão: a ideia de que Deus visa o bem mesmo quando aparenta causar o mal. (DIAS, 2003)

Entende-se que, embora existam diversas pesquisas sobre o tema, sua natureza multifacetada e complexa revela uma dificuldade de introduzir metodologias adequadamente científicas para se compreender a profundidade da interferência religiosa/espiritual no prognóstico de um paciente. Portanto, urge a necessidade de mais estudos que discutam os argumentos controversos dessa intervenção na vida dos doentes. Atualmente, há várias abordagens espirituais e religiosas que caminham com a terapêutica complementar e com os cuidados paliativos, a fim de modificar o pensamento do indivíduo ao incentivar sua fé e introduzi-lo a um caminho de aceitação e compreensão de sua doença. (GONÇALVES et al., 2015)

A morte é vista pela Bíblia como a sombra que acompanha o caminhar da vida, sendo inevitável ao final da travessia. “Tu és pó e ao pó voltarás”, disse Deus ao expulsar Adão e Eva do Jardim de Éden, condenando-os a uma vida mortal. (BÍBLIA, 2014, Gn, 3:19-24) Muitas doenças crônicas e terminais trazem anseios que vão para além dos aspectos técnicos da assistência à saúde. Assim, o formato que conecta o processo de adoecimento à religião/espiritualidade entende que os cuidados paliativos devem considerar a dor daquele paciente como única e que necessita de intervenções de natureza não somente física, social, emocional, mas também espiritual. (MACIEL, 2008) Desse modo, a partir de uma equipe interdisciplinar composta de médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e assistentes espirituais, a experiência do adoecimento é compreendida de forma global.

Além dos cuidados paliativos, a fé está presente nas Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS), que são ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais e divergentes do sistema dominante hospitalar de saúde, centrado na doença e na ciência. (BRASIL, 2021) As PICS adotam experiências que facilitam o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação, como a meditação, a musicoterapia, o yoga e o uso de plantas medicinais. (BRASIL, 2021) Nessa perspectiva, a promoção do cuidado transcende o que é de praxe e se reconstrói: paciente e médico decidem de forma compartilhada os próximos passos do tratamento, respeitando-se os valores étnico/culturais que tornam cada um singular, e com o objetivo de se manter o equilíbrio entre corpo e mente. O tratamento através da música, por exemplo, está presente na Bíblia através das melodias de Davi, tiradas de uma harpa e dedicadas ao Rei Saul. (BÍBLIA, 2014, 1Sm, 16:23) Ao ouvir os acordes, o monarca teria se libertado de um espírito mau. (GUSMÃO, 2016)

Compreende-se aqui cada pessoa como um universo: grandioso e, ao mesmo tempo, único e complexo. Através das Escrituras Sagradas, a sociedade é apresentada a um homem que acolhe, escuta, toca e deixa-se tocar: Jesus Cristo – “Ame ao próximo como a si mesmo”. (BÍBLIA, 2014, Mt, 22:39) A espiritualidade faz parte

das essências humanas, é a capacidade de libertar-se, de voar para dentro de si ao encontro do sagrado. Nesse caminho, a mente é a razão da existência e, ao ser baseada em amor, a vida pode ser uma experiência milagrosa e sublime. Afinal, dentre diversos diagnósticos terminais, curas improváveis e encontros transcendentais uma conclusão é certa: há mais coisas entre o céu e a Terra do que a Medicina é capaz de explicar.

O NEGACIONISMO E A FÉ

O negacionismo, se originou, no mundo ocidental, no período do pós-Segunda Guerra Mundial. (MORAES, 2013) Instrumentalizou-se, em ampla medida, a partir da retórica de uma extrema-direita ressentida, através da negação de um fato histórico amplamente documentado: o assassinato sistemático do povo judeu posto em prática pelo regime nazista. De acordo com os negacionistas desse contexto, todo o episódio havia sido uma grande farsa conspiratória, orquestrada por poderosos interesses políticos e econômicos ligados ao Estado de Israel e ao movimento sionista internacional. (MORAES, 2013)

Desde então, o termo passou a permear o debate público, sendo definido, de acordo com Diethelm e McKee (2009, p. 2), como “uma abordagem que tem por objetivo final rejeitar um consenso da ciência”. Nessa abordagem se relativiza, invalida ou simplesmente ignora por completo evidências concretas e comprovadas por diferentes campos científicos de que certo acontecimento histórico ocorreu. As metodologias científicas, portanto, acabam sendo deslegitimadas por interpretações interesseiras dos fatos.

No Brasil, essa perspectiva vem se agravando em meio à pandemia do coronavírus, momento em que certos discursos negacionistas ecoam ferozmente. Esses têm como alguns de seus principais amplificadores líderes políticos e religiosos, que utilizam as Escrituras Sagradas para chancelar seus comportamentos fundamentalistas e genocidas. A religião e a ciência, enquanto formas distintas de se relacionar com o desconhecido, oferecem respostas a diversas questões fundamentais, a partir de dois sistemas explicativos amplos, porém, dessemelhantes. Como resultado, acabam, por vezes, competindo e, potencialmente, causando um conflito, em especial, quando os domínios de sua aplicação se sobrepõem. (MELO; VIEIRA, 2019) É o que atesta o famoso caso de Galileu Galilei. O astrônomo italiano, por meio de suas observações, defendeu e reforçou a teoria copernicana de que a Terra é que gira em torno do Sol – o chamado modelo heliocêntrico – e não o contrário, como no modelo geocêntrico, defendido pela Igreja Católica, à época. A instituição pautava a irrefutabilidade de seu dogma na interpretação literal de passagens bíblicas que pressupunham tal modelo:

No dia em que Javé entregou os amorreus nas mãos dos israelitas Josué falou a Javé, e disse na presença de Israel: *Sol, detém-te sobre Gabaon, e tu, Lua, no vale de Aialon*. O Sol parou e a Lua não se moveu até que a nação se vingou de seus inimigos. Não está isso escrito no livro do Justo? *O Sol parou no meio do céu* e não se apressou a se esconder por quase um dia inteiro (BÍBLIA, 2014, Js, 10:12-13, grifo nosso)

Ou ainda, “*O sol nasce, e o sol se põe, e corre de volta ao seu lugar donde nasce*”. (BÍBLIA, 2014, Eclo, 1:5, grifo nosso) Por fim, “Digam às nações: Javé é Rei! *Ele firmou o mundo, que jamais tremará*”. (BÍBLIA, 2014, Sl, 96:10, grifo nosso) Assim, achava-se que se comprovava a imobilidade da Terra, a movimentação do Sol e, por conseguinte, a prática herege de Galileu Galilei. Católico, foi julgado em 1633 pela Inquisição e sentenciado a viver o resto de seus dias confinado em sua casa. (SOARES, 2013)

Atribui-se a um dos mais famosos cientistas da história, Albert Einstein, a frase “A ciência sem a religião é manca e a religião sem a ciência é cega”. (EINSTEIN apud SETZER, 2020, tradução nossa)¹ Nessa perspectiva, enxergamos que os discursos negacionistas, sobre os quais aqui se propõe uma reflexão, decerto ultrapassam antítese religião *versus* ciência. Costa (2020, p. 22) caracterizou tais discursos como “[...] crescentes em focos de poder que utilizem o fundamentalismo religioso, sobretudo cristão protestante [...]”. Por fundamentalistas, entende-se aqueles(as) que cultuam o retorno aos pressupostos fundamentais (do latim, *fundamentum*), às bases de uma expressão religiosa que se correlaciona com uma compreensão ora literal, ora interesseira das Escrituras Sagradas. O dogma não é compreendido a partir do contexto histórico de sua definição (EISENSTAD, 1997), mas a partir do que o sujeito contemporâneo valora como correto. Não há, portanto, espaço para divergências.

A obra de Dreher (2002) nos revela a intrínseca relação entre o fundamentalismo religioso e o político. A política é, muitas vezes, tida como um instrumento de poder e apropriação do Estado através do qual seus agentes são capazes de impor ao restante da população seus conjuntos de crenças e valores pessoais. No final, a sociedade perfeita seria aquela subjugada à sua convicção. Segundo Mariano e Gerardi (2019), em solos brasileiros, essa perspectiva se constata na medida em que grupos fundamentalistas cristãos – sobretudo protestantes pentecostais e neopentecostais – conscientes acerca do caráter exponencial de seu crescimento, abandonaram o quietismo político vigente até os anos 1970, e investiram na instrumentalização da política partidária e eleitoral. Passaram, dessa forma, a

1 “Science without religion is lame, religion without science is blind”.

demandar tratamento estatal privilegiado a suas igrejas e a tentar modelar o ordenamento jurídico do país à sua maneira de interpretar a Bíblia.

No complexo pleito eleitoral de 2018, embebidos de uma suposta moralidade e legítima defesa dos bons costumes, esses grupos consideraram o então candidato à presidência de extrema-direita, Jair Messias Bolsonaro, como sendo capaz de representar seus interesses, derrotar os “inimigos petistas” e os perigos que lhes atribuíam, deturpando pautas eleitorais do candidato oponente com expressões como: “ameaça comunista”, perseguição aos cristãos e aos “cidadãos de bem”, “kit gay” e “ideologia de gênero”. Já nas suas, constavam a suposta luta pela preservação de uma “inocência” das crianças e da “família tradicional brasileira”. (MARIANO; GERARDI, 2019) E se, em sua origem, o termo negacionismo remete à prática de uma extrema-direita ressentida, no Brasil atual isso não é diferente.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou o estado de contaminação pelo SARS-CoV-2 como uma pandemia, pontuando estratégias a serem adotadas pelos países para conter a disseminação do coronavírus. Em se tratando de uma doença para a qual não existe tratamento eficaz, cabe às autoridades ativar e ampliar os mecanismos de resposta a emergências, estabelecer uma comunicação sem ruídos com a população, a fim de conscientizá-la acerca dos riscos e das formas de prevenção, realizar testagens em massa e rastreamento dos infectados, além de adotar medidas de isolamento social. (CORONAVÍRUS..., 2020) Quatro dias depois, em 15 de março de 2020, em suas redes sociais, o bispo Edir Macedo, fundador da Igreja Universal do Reino de Deus, se utilizava de uma das cinco técnicas que Diethelm e McKee (2009) consideram características de discursos negacionistas: o uso de falsos especialistas, para mitigar a gravidade da situação. Já em meio a uma pandemia declarada pelas autoridades sanitárias, Edir Macedo se dirigia a seus fiéis da seguinte forma: “Meu amigo e minha amiga, não se preocupe com o coronavírus. Porque essa é a tática, ou mais uma tática, de Satanás. Satanás trabalha com o medo, o pavor”, afirmou ele. “E quando as pessoas ficam apavoradas, com medo, em dúvida, as pessoas ficam fracas, débeis e suscetíveis”, disse, exibindo o depoimento de um médico que alegava que o vírus “não faz[ia] mal a ninguém”. (BRONZATTO, 2020)

No dia seguinte, o país registraria sua primeira morte pela doença. O discurso de Edir Macedo soava consonante ao do presidente, que, dias depois, em pronunciamento oficial em rede aberta de televisão e rádio, afirmava, contra todas as recomendações científicas, que se deveria voltar à normalidade, criando um falso dilema entre economia e saúde, conceituando a atual doença como uma “gripezinha” ou um “resfriadinho”. (2 MOMENTOS..., 2020)

A partir dali se estabeleceu a expressão máxima do que Anjos e Moura (2020) classificaram como uma “apocalíptica”, que possui como um de seus traços

elementares o negacionismo do real. Apocalípticas, nesse sentido, podem ser movimentações sociais, performances ou imaginações de forte apelo extático-psíquico, utilizadas para interpretar e/ou produzir “fins do mundo” e modos de superá-los em direção a uma salvação escatológica. Ela se estabelece como uma forma de crença que delimita a abordagem e a análise dos fatos à causalidade mítica do sujeito negacionista e de seus projetos particulares de poder, do seu próprio mecanismo de produção de verdade, acoplado à legitimação transcendental.

O movimento #Jejum pelo Brasil explicita bem esse panorama. Marcado para o Domingo de Ramos, aquele que antecede o da Páscoa na tradição cristã, a ideia era que os fiéis fizessem um dia de jejum para que, enquanto o Planalto se eximia de suas responsabilidades, Deus livrasse o país da praga representada pela covid-19. Sua principal mídia de divulgação foi um vídeo, intensamente compartilhado nas redes sociais, cujo início trazia o seguinte trecho bíblico: “Jeosafá decidiu consultar o Senhor e proclamou um jejum em todo Reino de Judá”. (BÍBLIA, 2014, 2Cr, 20:3) Na sequência, o presidente era semioticamente alçado ao papel do rei, ao convocar a população para o ato. Inúmeros líderes religiosos que o apoiavam apareciam reforçando o convite e chegando até mesmo a afirmar que ele teria sido ungido para assumir a nação. (PY, 2020)

Tais indivíduos se colocavam para a população como sendo os únicos capazes de entender a palavra do Senhor, quase que no papel de profetas detentores de um monopólio interpretativo da Bíblia. O contexto da doença é propagado por eles, aos que creem, não mais sob o prisma das ciências, mas exclusivamente sob o da fé e da religiosidade. Com isso, o discurso negacionista passa a ser inquestionável para esses fiéis e a pautar seus comportamentos. Numa pandemia, porém, isso pode ser fatal. O filósofo Platão retratou em seu mito a perspectiva de indivíduos que moram dentro de uma caverna desde o nascimento e, assim, acreditam que aquela realidade é absoluta quando, na verdade, não passam de sombras do mundo exterior. De maneira análoga à alegoria platônica, alguns fiéis rechaçam o isolamento social, o uso de máscaras e os demais cuidados sanitários, cegados pela caverna da alienação. Diga-se de passagem, sórdida e propositalmente construída.

O interesse econômico é absorvido por essa estrutura: isolamento social, afinal de contas, é sinônimo de igrejas fechadas e, por conseguinte, diminuição da arrecadação. (ANJOS; MOURA, 2020) A lógica proposta é a da mercantilização da fé: quanto mais se doa, mais bênçãos o fiel receberá. Nesse cenário, alguns religiosos charlatães apelaram para altas doações em dinheiro, em troca de proteção. Muitos chegaram até mesmo a prometerem curas milagrosas para a covid-19. Esse foi o caso do pastor Valdemiro, fundador da Igreja Mundial do

Poder de Deus, através de uma semente vendida por ele a mil reais. (GRUPO DE PESQUISA DISCURSO, 2020)

Essa lógica vai de encontro à própria trajetória de Jesus, narrada no Novo Testamento, na qual sempre foi bastante enfático ao denunciar o acúmulo de riquezas no contexto da fé. Em Mateus (21:12-17) e João (2:13-22), tem-se o retrato disso quando, recém-chegado em Jerusalém, Cristo entra no templo e expulsa de lá todos os comerciantes. Para ele, a casa de oração tinha se tornado lugar de poder e exploração, disfarçados de culto piedoso. Com esse gesto, Jesus denunciava não apenas o sistema religioso vigente, mas toda uma estrutura social que usava da religião para assegurar interesses de uma classe específica e sustentar uma visão mesquinha de salvação, tal qual acontece atualmente, em muitos casos. (BÍBLIA, 2014)

Segundo Anjos e Moura (2020, p. 25), “há método e poder na loucura em questão”. A narrativa irracional estabelecida em torno do “tratamento precoce”, por exemplo, deixa claro que, quando interessa, os negacionistas se valem de discursos técnico-científicos, articulando-os às disputas ideológicas e objetivos políticos que os cercam. Para tal, se valem das outras quatro técnicas que Diethelm e McKee (2009) descreveu: teorias da conspiração; uso de deturpações e falácias lógicas; seletividade, valendo-se de estudos isolados que desafiam o consenso; e, por fim, a criação de expectativas impossíveis sobre o que determinada pesquisa pode oferecer. O método científico passa, assim, a ser obediente a uma perspectiva de produção da verdade como aquela do indivíduo e suas redes de poder. Nas Escrituras, lê-se: “E conhecereis a verdade, e a verdade vos libertará”. (BÍBLIA, 2014; Jo, 8:32) O que se tem, no entanto, como conceituam Anjos e Moura (2020), é a afirmação da mentira, uma negação ocasional, carregada de cinismo e interesses escusos e não um exemplo paradigmático universal de negação da ciência por meio da fé.

REFERÊNCIAS

2 MOMENTOS em que Bolsonaro chamou covid-19 de ‘gripezinha’, o que agora nega. *BBC News Brasil*. São Paulo, 27 nov. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536>. Acesso em: 19 ago. d2021.

ANJOS, F. dos; MOURA, J. L. (org.). *O contágio infernal: o apocalipse bolsonarista-evangélico*. São Paulo: Recriar, 2020.

ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

BÍBLIA. Português. *Nova Bíblia Pastoral*. São Paulo: Paulus, 2014.

- BELLET, J. S.; PROSE, N. S. Vitiligo em crianças: uma revisão de classificação, hipóteses sobre patogênese e tratamento. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 631-636, 2005.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRANDÃO, J. de S. *Mitologia grega*. Petrópolis: Vozes, 1987. v. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Práticas Integrativas e complementares (PICS): quais são e para que servem*. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics-1>. Acesso em: 29 jan. 2021.
- BRONZATTO, T. Bispo Edir Macedo é investigado pelo MPF por declaração sobre coronavírus. *Veja*, Rio de Janeiro, 8 ago. 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/bispo-edir-macedo-e-investigado-pelo-mpf-por-declaracao-sobre-coronavirus/>. Acesso em: 20 dez. 2020.
- COELHO, I. M.; CERDEIRA, D.; HONORATO, E. J. S. Os processos religiosos judaico-cristãos e a construção do machismo. *REVES-Revista Relações Sociais*, Viçosa, MG, v. 2, n. 2, p. 281-290, 2019.
- CORONAVÍRUS: OMS declara pandemia. *BBC News Brasil*, São Paulo, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-51842518>. Acesso em: 20 dez. 2020.
- COSTA, D. F. A. C. da. *Entre idéias e ações: medicina, lepra e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*. 2007. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.
- COSTA, O. B. R. da. Onde estamos? Considerações sobre a modernidade, negacionismo, ciência e a COVID-19. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, Boa Vista, RR, v. 3, n. 8, p. 22-35, ago. 2020.
- CUNHA, A. Z. S. da. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 235-242, 2002.
- CURI, L. M. “Defender os sãos e consolar os lázaros”: lepra e isolamento no Brasil 1935/1976. 2002. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.
- DREHER, M. N. *Para entender o fundamentalismo*. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 2002
- DIAS, J. P. S. Medicina e religião na história: (Antiguidade e Idade Média). In: CORREIA, C. P.; DIAS, J. P. S. *Assim na terra como no céu: ciência, religião e estruturação do pensamento ocidental*. Lisboa: Relógio d'Água, 2003. p. 205-232.
- DIETHELM, P.; MCKEE, M. Denialism: What Is It and How Should Scientists Respond? *European Journal of Public Health*, Oxford, v. 19, n. 1, p. 2-4, 2009.

- EISENSTADT, Shmuel. *Fundamentalismo e modernidade: heterodoxia, utopismo e jacobinismo na constituição dos movimentos fundamentalistas*. Oeiras: Celta, 1997.
- FERREIRA, J. O corpo signo. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S. (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 101-112.
- FLORÊNCIO, F. de A. Eufemismos bíblicos relativos ao sexo e à moral. *Principia*, Rio de Janeiro, n. 18, p. 83-87, 2009.
- FOUCAULT, Michael. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1977.
- GONÇALVES, J. P. *et al.* Religious and Spiritual Interventions in Mental Health Care: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Clinical Trials. *Psychological Medicine*, London, v. 45, n. 14, p. 2937-2949, 2015.
- GONZAGA, W. A bíblia: escritura sagrada para judeus e cristãos. *Revista CREATividade*, Rio de Janeiro, n. 2, p. 5-20, 24 out. 2019. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/45809/45809.PDF>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- GRUPO DE PESQUISA DISCURSO. O antídoto “coronafé”: A análise política do discurso de igrejas evangélicas. *Le Monde Diplomatique Brasil*, Brasil, 27 nov. 2020. Disponível em: https://diplomatique.org.br/o-antidoto-coronafe-a-analise-politica-do-discurso-de-igrejas-evangelicas/#_edn3. Acesso em: 20 dez. 2020.
- GUIMARÃES, H. P. *et al.* Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 177-187, maio/jun. 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n3/a177-187.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2021.
- GUSMÃO, E. N. A. *Salada literária*. Salvador: Press Color, 2016.
- ISSA, C. M. B. M. *Transplantes de melanócitos no tratamento do vitiligo: um processo terapêutico?* 2003. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press, 2012.
- KONINGS, J.; SILVA, L. H. e. Raízes e intenção da tradução oficial da Bíblia da CNBB. *Perspectiva Teológica*, Belo Horizonte, v. 52, n. 1, p. 33-53, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20911/21768757v52n1p33/2020>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 18, n. 3, p. 459-466, maio/jun. 2010.
- LIMA, F. de S.; PINHEIRO-MARIZ, J. Ponderações sobre a tradução bíblica para linguagem contemporânea. *Revista Uniabeu*, Belford Roxo, RJ, v. 9, n. 21, p. 32-46, jan./abr. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Francinaldo_Lima/publication/328432921_Ponderacoes_sobre_as_traducoes_biblicas_em_linguagem_

contemporanea/links/5bce29b1299bf1a43d9a3657/Ponderacoes-sobre-as-traducoes-biblicas-em-linguagem-contemporanea.pdf. Acesso em: 24 jan. 2021.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: MACIEL, M. G. S. *Cuidados paliativo*. São Paulo: Cremesp, 2008. p. 18-21.

MARIANO, R.; GERARDI, D. A. Eleições presidenciais na América Latina em 2018 e ativismo político de evangélicos conservadores. *Revista USP*, São Paulo, n. 120, p. 61-76, jan./fev./mar. 2019.

MELO, J. de F. R. de.; VIEIRA, W. B. A religião cristã e a evolução da ciência: considerações históricas. *ID on Line: revista multidisciplinar e de Psicologia*, Jaboatão dos Guararapes, PE, v. 13, n. 48, supl. 1, p. 412-428, dez. 2019.

MIRANDA, J. J. Saúde e doença na antiguidade: a influência do conceito greco-romano sobre o judaísmo bíblico e o novo testamento. *Revista Hermenêutica*, [s. l.], p. 135-157, 2011.

MORAES, L. E. de S. Negacionismo: a extrema-direita e a negação da política de extermínio nazista. *Boletim do Tempo Presente*, [s. l.], n. 4, p. 1-22, 2013.

MORUJÃO, G. São Lucas, o patrono dos médicos. *Revista Bíblica*, [s. l.], n. 308, p. 3-7, jan./fev. 2007. Disponível em: https://www.capuchinhos.org/images/biblia_liturgia/evangelistas/20201018_lucas_patrono_medicos.pdf. Acesso em: 24 jan. 2021.

NIERO, E. M.; LORASCHI, C. Bíblia e saúde pública: a vida com dignidade. *Encontros Teológicos*, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. 75-85, 2012.

PY, F. *Pandemia cristofascista*. São Paulo: Recriar, 2020.

REIS, A. A. da S. *et al.* Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1105-1111, 2010.

REIS, A. dos A. *Psoríase: aspectos de comprometimento articular em relação com os aspectos clínicos*. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2017.

RIBEIRO, L. M. P. O papel das mulheres na Bíblia: protagonistas ou coadjuvantes? *Ad Aeternum: revista de teologia*, Lisboa, v. 1, p. 68-85, 2020.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>. Acesso em: 19 ago. 2021.

ROMITI, R. *et al.* Psoríase na infância e na adolescência. *Anais Brasileiros Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p. 9-22, 2009.

ROSENBERG, C. E.; GOLDEN, J. (ed). *Framing Disease: Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1977.

SCLIAR, M. J. *Da bíblia à psicanálise: saúde, doença e medicina na cultura judaica*. 1999. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Ciências, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

SETZER, V. W. *Ciência, religião e espiritualidade*. 8 maio 2020. Disponível em: <https://www.ime.usp.br/~vwsetzer/ciencia-religiao-espiritualidade.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SIMIÃO, A. R. M.; SIMANKE, R. T. A história do conceito onanismo na psiquiatria dos séculos XVIII e XIX (Parte 1). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 805-825, 2021.

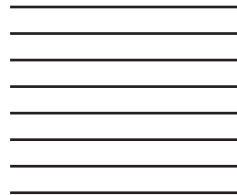
SOARES, J. L. *A defesa do copernicanismo por Galileu Galilei*. 2013. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/3721/1/Jerry%20Luiz%20Soares.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SOUZA, K. W. de *et al.* Estratégias de prevenção para câncer de testículo e pênis: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 277-282, 2011.

STADELMANN, L. I. J. Lutero, tradutor da bíblia. *Perspectiva Teológica*, Belo Horizonte, v. 17, n. 41, 1985. Disponível em: <https://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/perspectiva/article/view/1938>. Acesso em: 19 ago. 2021.

STEWART, M. *et al.* *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

WIND, M. M. *et al.* Câncer de pênis: aspectos epidemiológicos, psicológicos e fatores de risco. *Brazilian Journal of Development*, [s. l.], v. 5, n. 9, p. 14613-14623, 2019.



6

AS INTER-RELAÇÕES ENTRE A MEDICINA E O JUDAÍSMO

Bianca Santana Rezende

Larissa Carolina Silva Matias

Rayane Kele Lima de Almeida

Ernane Nelson Antunes Gusmão

DESVENDANDO AS INTER-RELAÇÕES ENTRE JUDAÍSMO E MEDICINA

O judaísmo é a primeira das três religiões abraâmicas e, conseqüentemente, a mais antiga religião monoteísta do mundo. Os judeus creem em Jeová (ser onipresente, onipotente e onisciente), reúnem-se para cultuar na sinagoga, sob a orientação de um rabino, e baseiam sua conduta moral na Torá, o mais importante texto religioso judaico. (SIQUEIRA, 2018)

A unicidade étnica do povo judeu também é a mais antiga do mundo, uma vez que, apesar de terem vivido diversas diásporas ao longo da sua história, mantiveram vivas as suas tradições por cerca de 3 mil anos. (LANDMANN, 1993) Após

anos de luta para conquistar um território e preservar sua cultura, em 1948 foi estabelecido o primeiro Estado judeu, em Tel Aviv, Israel. Atualmente, a maior parte dos judeus vive em Israel e nos Estados Unidos, e continua conservando as suas tradições culturais.

Ao longo da história, Medicina e judaísmo andaram lado a lado, um exemplo disso é que um dos mandamentos judaicos da Torá é a cura dos doentes. Inclusive, esse mandamento pode violar outros 610 mandamentos dos 613 existentes (dos invioláveis: adultério, idolatria e assassinato). Vale também ressaltar que desses 613 mandamentos, 213 versam sobre a saúde. (LANDMANN, 1993; SANTANA JÚNIOR, 2013) Além disso, essa íntima relação pode ser comprovada pelo fato de que a Medicina é uma das profissões favoritas dos judeus, sendo parte do currículo das escolas judaicas. Por fim, tal povo (que representa menos de 1% da população mundial) ganhou cerca de 30% dos Prêmios Nobel de Medicina e Fisiologia. (LANDMANN, 1993)

É válido ressaltar que o entendimento que os judeus têm acerca de saúde, doença, tratamento e/ou prática médica perpassou diferentes contextos históricos, culturais e socioeconômicos. Nessa perspectiva, quatro fases são consideradas na trajetória dos povos judeus: bíblica, talmúdica, médico-filosófica e moderna, e estas condizem com três modelos de pensamento médico da cultura ocidental: mágico-religioso, empírico e científico. Esses pensamentos, além de sofrerem grande influência dos padrões culturais vigentes na época, surgiram a partir da necessidade que esses povos tinham de explicar a manifestação da enfermidade, a cura ou até mesmo a morte. (SCLIAR, 1999)

O pensamento mágico-religioso se manifestou quando os povos antigos, na busca incessante por encontrar relações de causa e efeito para as doenças, atribuíram o aparecimento dessas à ação do demônio ou de espíritos malignos. Nesse modelo de pensamento, compete ao sacerdote ou ao feiticeiro (xamã) curar o doente e reinseri-lo na sociedade. Além de ser o modelo dominante na Antiguidade, foi o responsável pela coesão social e pelo início do desenvolvimento da prática médica. (BATISTELLA, 2007)

Um dos elementos que contribuiu para o aparecimento do pensamento empírico foi o apogeu da civilização grega. Esse modelo de pensamento propiciou o aparecimento de uma visão baseada nos conceitos de racionalidade da época, que buscavam explicar os episódios relacionados à saúde e doença por meio da obra de Hipócrates de Cós (460-377 a.C.). O pensamento empírico buscava mais do que lidar com os problemas ligados à saúde, ele procurava entender as relações entre homem e natureza, através da experiência proporcionada pela observação direta, consolidando assim, uma outra forma de se enxergar o adoecimento humano. (BATISTELLA, 2007) Contudo, nessa época, o exercício da Medicina ainda

não estava estruturado e um indivíduo com habilidades médicas era visto como um artesão. O modelo de Hipócrates prevaleceu na Antiguidade e continuou a influenciar a prática médica durante toda a Idade Média. (SCLIAR, 1999)

Posterior a isso e introduzido pela modernidade, o pensamento científico surgiu como uma consequência da revolução tecnológica e científica que ocorreu no Ocidente durante os séculos XVI e XVII. É justamente a partir do ápice desse pensamento que a figura do médico passa a ser mais valorizada. (SCLIAR, 1999)

É importante salientar que os três modelos citados não se sobrepõem em uma ordem cronológica, pelo contrário, eles coexistem. O que irá determinar a procura por cada prática será a cultura e/ou a crença de cada indivíduo. Inclusive nos dias de hoje, enquanto uma pessoa busca um curandeiro ou métodos empíricos, outra procurará a Medicina científica. Todavia, dentro da cultura judaica esses modelos manifestam características próprias. (SCLIAR, 1999)

A Bíblia é um conjunto de livros que os judeus chamam de Tanach, esse nome se deu por conta das suas partes mais importantes: Torah (ensino), Neviim (profetas) e Quetuvim (escritos). Mesmo sendo uma obra considerada de origem divina, a Bíblia traz muitas informações acerca de Medicina, das estruturas do corpo humano, de traumas, doenças, cura e, principalmente, sobre medidas preventivas. (LANDMANN, 1993) Na fase bíblica, nota-se a predominância de um modelo religioso no estabelecimento da relação saúde-doença. Contudo, diferenciando-se um pouco do que foi defendido por outras religiões, os judeus não atribuíam a doença a espíritos malignos ou ao demônio – eles viam a enfermidade como uma punição advinda do Senhor. (SCLIAR, 1999)

Nessa perspectiva, Deus é visto como médico por primazia: “Eu sou o Senhor que te curou”. (ÊXODO, 15:26 apud LANDMANN, 1993, p. 34) Os profetas são considerados intercessores da divindade, que podem realizar curas e até milagres. E o médico é uma figura quase inexistente. (SCLIAR, 1999) Contudo, a inexistência de médicos não significa a desvalorização da vida e aceitação da doença ou da morte, muito pelo contrário, os judeus têm a vida como uma dádiva de Deus, como algo sagrado, que ele tem a obrigação de cuidar. E esses cuidados devem ser relacionados à higiene, à prevenção de doenças e a práticas dietéticas. (LANDMANN, 1993) Diferentes condutas relacionadas ao cuidado podem ser observadas até os dias atuais em diferentes povos. Independentemente de serem judeus, a valorização da saúde na sociedade consumista é notada devido ao aumento de práticas saudáveis, por meio de cuidados com a alimentação, da procura pela indústria de cosméticos e até mesmo pela busca por cirurgias. (BATISTELLA, 2007)

Além dos cuidados citados acima, os judeus se preocupavam muito com medidas preventivas, o que também aparece na Bíblia. O livro sagrado traz centenas de descrições relatando as regras de limpeza, de pureza, as normas de higiene

e, até mesmo, a quarentena para doenças infecciosas, como por exemplo, as leis contra a lepra. Nota-se, portanto, que esses povos já tinham um vasto conhecimento a respeito de ações contra a disseminação e a forma de contágio de doenças epidêmicas, além de saberem sobre a necessidade de combatê-las através do isolamento. (LANDMANN, 1993) É importante destacar a contribuição dos povos judeus na Medicina Preventiva através de medidas de isolamento, da esterilização de objetos e da prática da quarentena, visando, principalmente, a contenção de epidemias.

A Bíblia traz uma importante relação entre os hábitos de higiene e a classificação de pureza do corpo humano. O indivíduo só podia sentar à mesa para realizar as refeições após lavar as mãos. Nenhum judeu poderia entrar no templo sem ter tomado banho, pois ele seria considerado impuro. Além disso, os deveres religiosos no templo e a prática sexual estariam suspensos para as mulheres durante a menstruação, pois nesse período, alguns acreditam, elas se encontram impuras. (LANDMANN, 1993) Esse conceito de pureza também se expande quando se trata de animais que são usados na alimentação. A lista de negação é grande, mas o maior tabu é do porco. A explicação para tal negação ainda é muito discutida na literatura, e não se tem um consenso sobre o assunto. (SCLIAR, 1999)

Ressalta-se, ainda, que as escrituras sagradas, mesmo tendo sido escritas, provavelmente, entre 950-850 a.C, relatam doenças e acontecimentos muito atuais. Muitos desses fenômenos são, hoje, enquadrados como doenças, a exemplo da epilepsia, hemiplegia, osteomielite, teratologia e doenças relacionadas à velhice como cegueira, decrepitude e impotência. Além disso, os textos relatam diferentes práticas que, hoje, encontram semelhanças com aquelas das áreas psíquicas, como a Psiquiatria e a Psicanálise. Exemplos disso, são a arte e a música, já colocadas nos referidos textos como métodos de tratamento da alma. Tais ferramentas são atualmente utilizadas em tratamentos psiquiátricos (LANDMANN, 1993), muitos dos quais, preconizados pela médica Nise da Silveira. Nise foi considerada pioneira na Terapia Ocupacional, a qual utilizou para tratar seus pacientes no Centro Psiquiátrico Pedro II, localizado no Rio de Janeiro. (CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2014])

Contudo, ao pensarmos na Medicina hebraica, vemos que o Talmud é composto pelos textos responsáveis por proporcionar uma visão mais completa e detalhada do assunto. O Talmud, na verdade, representa uma coletânea de livros sagrados dos judeus, que se baseiam, principalmente, nos registros das discussões rabínicas relacionadas à lei, ética, história e a hábitos e costumes desse povo. (LANDMANN, 1993) Esse conjunto de livros é visto como uma continuidade da tradição bíblica e, mais que isso, é considerado o pilar central do judaísmo, assim como a Bíblia é vista como a pedra angular do cristianismo. (SCLIAR, 1999)

A ascensão do Talmud se deu após a segunda queda de Jerusalém, no ano 70 d.C, sendo esta responsável pela destruição dos templos judaicos e pela dispersão dos judeus pelos diferentes continentes. Devido a esses acontecimentos, os judeus passaram a ver a Bíblia (lei escrita) e o Talmud (lei oral) como uma forma de amenizar a dor pela pátria perdida. (LANDMANN, 1993) É importante frisar que, como consequência da ascensão do Talmud, a fase vigente nesse período era a fase talmúdica. (SCLIAR, 1999)

Durante a diáspora judaica, a vida religiosa dos judeus se resumia às sinagogas, que eram vistas como uma espécie de casa de reuniões, onde aconteciam orações e discussões orientadas pela Torá. Essas discussões, assim como as interpretações dos textos religiosos, foram favorecidas, assim, pelo surgimento de sinagogas nos lugares onde encontravam-se esses judeus. Consequentemente, ocorreu uma expansão na difusão das leis orais, e que foi tomando proporções tão grandes que chegou um momento em que os judeus viram a necessidade de fazer uma seleção. Tal seleção originou o *Talmud Palestino*, feito em Jerusalém, e o *Talmud Babilônico*, feito na Babilônia. O último, logo após ficar pronto, foi condenado a ser queimado em praça pública por um tribunal composto por bispo, arcebispo, teólogos e organizado seguindo uma ordem do rei da França, Luís IX, e sob alegação de que o Talmud insultava os ensinamentos cristãos. (LANDMANN, 1993; SCLIAR, 1999)

Diferentemente do que ocorre com o modelo baseado no pensamento bíblico, em que as pessoas entendem a ordem divina como algo que deveria ser cumprido e não discutido, o Talmud apresentava um caráter dialético. Algumas diferenças são encontradas quando o texto talmúdico é comparado ao texto bíblico. O Talmud não se baseia em uma ordem cronológica dos acontecimentos e se configura como profuso, se preocupando em explicar ao indivíduo de que forma ele deve fazer as coisas, diferentemente da Bíblia, que é considerada mais simples e concisa, por muitas pessoas. (SCLIAR, 1999)

Ao se tratar da Medicina, o Talmud traz em seus tratados inúmeros textos relacionados à anatomia e patologia, e, assim como a Bíblia, aborda a Medicina Preventiva, práticas dietéticas e hábitos relacionados à pureza do corpo. A medicina descrita no Talmud sofreu influência de vários pensamentos sobre saúde e doença. E se diferencia da Bíblia, ao incluir elementos como o mau-olhado e os amuletos para explicar tal binômio. Entretanto, assim como na Bíblia, o Talmud relaciona a decisão divina à doença ou ao sofrimento, apesar do último não considerar a doença como resultado espontâneo do pecado. (LANDMANN, 1993)

A fase talmúdica foi marcada pela valorização da figura do médico, o que caracteriza a influência exercida pelo pensamento hipocrático e, consequentemente, pelo modelo empírico. Além disso, a bibliografia talmúdica relata nomes de vários

médicos judeus que fizeram curso em Alexandria, entre eles podemos citar Theodus de Alexandria e Rufus Samaritanus. O Talmud além de reconhecer a Medicina como profissão, concebeu o direito dos médicos de receberem pelos serviços prestados. Porém, isso gerou algumas discussões, visto que o Talmud também prega contra a comercialização da profissão. (LANDMANN, 1993; SCLIAR, 1999)

Mesmo tendo sido bastante desassociada da religião na fase talmúdica, a Medicina continuou sofrendo influências de classes filosóficas. O Talmud, tal como a Bíblia, já relatava procedimentos que hoje chamaríamos de cirúrgicos, o uso de substâncias anestésicas, a esplenomegalia, a trepanação do crânio, amputações, dissecação de veias, cirurgias estéticas, o uso de ventosas e sangrias e, muito provavelmente, doenças relacionadas como a hemofilia, que é descrita nos casos de morte pós-circuncisão. Além disso, os sábios judeus tinham conhecimento vasto acerca da disseminação das doenças e, principalmente, sobre Medicina Preventiva e normas de higiênicas. (LANDMANN, 1993)

A Idade Média foi marcada pela expansão do cristianismo na Europa e disseminação do islamismo, principalmente na África, Arábia e Península Ibérica. Nesse momento ocorreu um intercâmbio cultural, que caracterizou a fase médico-filosófica da prática médica judaica. Os judeus tinham acesso às traduções de textos gregos, feitas pelos muçulmanos, o que possibilitou seu contato com as obras de Platão, Aristóteles, Pitágoras, Galeno e Hipócrates. Dessa forma, os filósofos-médicos judeus tentaram conciliar os preceitos judaicos ao pensamento grego, trazendo uma abordagem da Medicina baseada na razão (no sentido filosófico do termo). Isso caracteriza o pensamento empírico sobre os processos de saúde-doença. (BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 1999)

Os judeus permaneceram, até o século XVII, com o costume de subserviência à autoridade rabínica e intensa influência do feudalismo, o que marcou seu modo de vida durante muito tempo, mesmo após o período do Renascimento na Europa. Contudo, isso não impediu que grandes contribuições judaicas fossem feitas à civilização europeia, como na influência significativa que exerceram nas primeiras universidades europeias. A Escola Médica de Salerno, uma das instituições mais antigas a ensinar Medicina, foi marcada por essa atuação. Para os judeus, os primeiros séculos da Idade Média representaram um período de grande sabedoria, produção literária e filosófica, o que, mais uma vez, contrapõe a ideia da Idade Média como “Idade das Trevas”. (LANDMANN, 1993)

Todavia, no século XI, marcado pelo início das cruzadas e da expansão europeia, muitas comunidades judaicas foram hostilizadas pelos cristãos. A partir daí diversos foram os obstáculos enfrentados pelos judeus. No século XV, a igreja proibiu os cristãos de procurarem médicos judeus. Além disso, seu povo foi impedido de frequentar as universidades, e, mesmo quando conseguiam autorizações

papais, eram obrigados a pagar o triplo do valor cobrado na época. (ALMEIDA, 2009; LANDMANN, 1993)

Universidades francesas, como a Universidade de Paris, só passaram a aceitar estudantes judeus após a Revolução Francesa. Em Portugal, o Real Colégio de São Paulo, única instituição de ensino do país à época, também não admitia a comunidade judaica. Na Inglaterra, a Universidade de Cambridge só passou a aceitar o ingresso de judeus após o ano de 1871. Exceções à regra eram a Universidade de Pádua, que protegia e admitia estudantes judeus, e, a mais importante para esse povo na Idade Média, a Universidade de Montpellier, tão antiga quanto a de Salerno e caracterizada por sua criação parcialmente judia, a qual possuía escolas de Medicina e direito com aulas em hebraico e árabe. Essas foram, por um longo período, responsáveis pela formação de judeus advindos de toda a Europa. (LANDMANN, 1993)

Apesar das dificuldades, os médicos judeus tiveram lugar de destaque e reconhecimento no exercício da profissão, por sua competência e eficiência. Dentre suas principais características, estava a defesa e a prática da Medicina baseada em comprovações empíricas a partir da observação do mundo (advinda de uma influência aristotélica), diferentemente de muitos médicos cristãos, que por muito tempo utilizaram remédios caseiros, rezas e superstições na cura das doenças. Em alguns países europeus, como Espanha e a Itália, o reconhecimento da eficiência desses médicos judeus era tanta que muitos se tornaram médicos da corte real e até de ministros de Estado. Mesmo contra os clérigos locais, recebiam apoio de papas e reis, como Isabel de Castela e Fernando de Aragão.¹ Não coincidentemente, era comum encontrar médicos judeus que exerciam o rabinato, devido à conformidade dos preceitos do judaísmo com os cuidados com a vida e com a saúde. (LANDMANN, 1993; SCLiar, 1999)

Alguns médicos da era pós-talmúdica merecem destaque, dentre eles Asaph, o judeu, responsável pelo primeiro manuscrito médico hebraico. Há uma controvérsia na literatura sobre a época em que ele viveu, divergindo entre os séculos VII e X. Seu livro apresenta conceitos das Medicinas hebraica, babilônica, egípcia, persa, hindu e passagens que demonstram influência grega dos trabalhos de Hipócrates e Galeno. Asaph debruçou-se sobre temas como a febre, o pulso, as ervas e suas propriedades terapêuticas, nutrição, os quatro humores, bem como prática da uroscopia e a estudos sobre a transmissão de doenças para o bebê. (LANDMANN, 1993) Asaph também escreveu um juramento, semelhante ao jura-

1 Isabel de Castela (1451-1504) foi rainha de Castela e Leão. Casou-se com Fernando (1452-1516), rei de Aragão. Os Reis Católicos, título que lhes foi concedido pelo Papado em 1494, unificaram os dois maiores reinos espanhóis (Castela e Aragão) e deram início à expansão imperial hispânica. (CARITA, 2016; XAVIER; MOURA, 2020)

mento de Hipócrates, no qual menciona venenos, manifesta-se contra a realização do aborto, aconselha o sigilo médico, evidencia a necessidade de evitar a tentação sexual e defende a fé no Deus de Israel. (SCLIAR, 1999)

Outro médico e autor judeu foi Sabbato ben Abraham Dannolo, que viveu na Itália, entre os anos 913 e 982. Seus registros também expressam fortes influências gregas e apresentam uma listagem de mais de 120 medicamentos, evidenciando sua contribuição para a Farmacologia. Na Oftalmologia, destacou-se Isaac ben Solomon Israeli, egípcio que viveu em torno de 832 e 932, no norte da África. Escreveu livros em árabe, traduzidos posteriormente para o hebraico e o latim, com diferentes temáticas, como remédios, urinoscopia, febres e instruções preparatórias para médicos. Suas obras, assim como as de Asaph, assemelham-se às obras de Hipócrates. (LANDMANN, 1993; SCLIAR, 1999)

Muitas foram as personalidades judaicas de destaque que contribuíram significativamente para o desenvolvimento da área médica. Entretanto, o personagem mais importante na história da Medicina judaica na Idade Média foi o rabino, médico, filósofo e matemático Moisés ben Maimon – Maimônides (1135-1204). Maimônides nasceu na Córdoba árabe (Espanha), cidade famosa por suas escolas médicas, pelo desenvolvimento da filosofia, da arte e da ciência. Além disso, cristãos, mulçumanos e judeus possuíam privilégios e deveres iguais nessa localidade, o que proporcionou um intenso intercâmbio cultural entre eles na Península Ibérica. (ALMEIDA, 2009) Em 1148, Maimônides e sua família deixaram Córdoba, devido à intolerância religiosa instaurada na região, então sob o controle da dinastia árabe dos Almôadas. Mudaram-se para Fez (Marrocos) e depois para a Palestina, tendo sido constantemente perseguidos. Quando Moisés Maimônides tinha 30 anos, fixaram-se no Egito, onde foi médico do grão-vizir de Saladino, Afhadil. Tal posição lhe trouxe grande fama e o transformou em chefe da comunidade judaica.

Maimônides escreveu diversos livros, dentre os quais o *Guia dos Perplexos*, obra filosófico-teológica que tinha o propósito de explicar trechos, frases e palavras dos livros sagrados que fossem passíveis de má interpretação e que pudessem dificultar o entendimento do verdadeiro judaísmo. (LANDMANN, 1993; ROSNER, 1998; SCLIAR, 1999) Suas obras religiosas, filosóficas e médicas são extremamente ricas. Escreveu um tratado detalhado sobre problemas respiratórios e estudou os trabalhos da Medicina grega de Hipócrates e Galeno. Seu prestígio como médico e cientista espalhou-se tanto que ele chegou a ser convidado a ser médico de Ricardo Coração de Leão,² convite que dispensou. (LANDMANN, 1993; SCLIAR, 1999)

2 Ricardo I (1157-1199) foi rei da Inglaterra. Foi coroado em 1189, em uma cerimônia de luxo, na qual foi proibida a entrada de mulheres e judeus. Era chamado de “Coração de Leão” devido a sua bravura, espírito cavaleiresco e sensibilidade artística. (ALMEIDA, 2015)

Em *Os aforismos médicos de Moisés*, seu livro médico mais famoso, retrata diversos temas, como humores do corpo humano, sinais adicionais de prognóstico, causas etiológicas, métodos terapêuticos e etapas de doenças. Para mais, Maimônides afirmava, ainda, que fatores psíquicos, como as emoções, tinham repercussão no organismo. (LANDMANN, 1993)

Corroborando a prática médica judaica, e contrapondo-se às opiniões de Galeno, o rabino defendia que o conhecimento deveria estar alinhado à experimentação, sendo a observação, o raciocínio e a investigação mais relevantes que as afirmações, mesmo as feitas por autoridades. Além disso, ressaltou a importância de se tratar o doente e não a doença, uma das bases da humanização. Escreveu também um tratado sobre venenos e seus antídotos, abordando casos de ofidismo e outros acidentes com animais peçonhentos, além da profilaxia contra envenenamentos e da descrição do aparecimento dos sintomas da raiva após o oitavo dia do ataque animal. (LANDMANN, 1993)

Maimônides escreveu ainda uma farmacopeia com 405 nomes de drogas, algumas em uso até os dias atuais. Deixou um livro, exigido pelo sultão Din Sli, de quem era médico, sobre relações sexuais, intitulado de *Tratado de Coabitação*, que apresenta dietas especiais de alimentos afrodisíacos, além de modos para a realização de atos e orgias sexuais. Escreveu um tratado em que consta a conduta terapêutica para problemas vasculares e outro sobre Medicina Preventiva, chamado de *Regime de Saúde*. É considerado um dos precursores da ecologia, por ter abordado a relação entre o meio ambiente e a saúde do indivíduo. (LANDMANN, 1993) Maimônides foi médico de figuras poderosas, sultões, príncipes, mas também dos pobres e necessitados. Nenhum autor médico judeu da época deu origem a uma literatura tão vasta e valiosa quanto o legado médico-filosófico deixado pelo rabino (ROSNER, 1998): “Dele diziam: de Moisés (o da Bíblia) a Moisés (Maimônides), nunca houve um Moisés igual”. (LANDMANN, 1993, p. 76)

Como visto, o chamado período medieval foi uma época de grandes avanços na área da saúde, especialmente no que tange à Medicina judaica. Rudolf Virchow, no século XIX, afirmou que os judeus e os árabes foram os principais responsáveis por esses avanços e a contribuição dos judeus era entendida por ele como um talento cultural para a atuação médica. (SCLIAR, 1999) Inicialmente, os médicos judeus dedicaram-se a assuntos que hoje considerariamos da alçada dos campos da Pediatria, da Dermatologia, da Neurologia, da Venereologia e Psiquiatria, áreas médicas que não eram consideradas atrativas para os demais médicos. (LANDMANN, 1993)

Com a entrada da fase moderna, os pensamentos empíricos e científicos sobre saúde e doença passam a coexistir com outras abordagens. Os primeiros compartilhavam de métodos e referenciais que hoje considerariamos próximos de uma

prática médica dita científica. Contudo, não é possível desconsiderar a existência do pensamento mágico-religioso, já que ainda hoje há judeus (e outros religiosos) que creem nele. Também a partir desse período, devido à sua ética, competência e eficiência, muitos médicos judeus conseguiram conquistar seu espaço em outros campos médicos científicos. (LANDMANN, 1993)

Mas foi a partir do século XIX que certos médicos judeus começaram a ganhar grande proeminência, conquistando, inclusive, Prêmios Nobel. (LANDMANN, 1993) Arthur Schnitzler, Adam Politzer e Robert Barany, por exemplo, descreveram certas doenças do labirinto, contribuindo para a área da Otorrinolaringologia. Já George Hayem, Georges Widal e Karl Landsteiner descreveram os grupos sanguíneos trazendo contribuições para a Hematologia, assim como Maxwell Wintrobe e William Dameshek. Grandes estudiosos dos campos da Anatomia, Histologia e Patologia foram Friedrich Henle, Robert Remak, Ludwig Traube, Moritz Schiff (pioneiro em pesquisas sobre a tireoide), Julius Cohnheim (que demonstrou a diapedese) e Leopold Auerbach. Nos estudos de Fisiologia, destacaram-se Gabriel Valentin, Otto Cohnheim, Otto Warburg, Otto Meyerhoff (com seus trabalhos sobre o metabolismo muscular), Herman Zondek (com estudos sobre as desordens endócrinas), Hans Krebs (que descreveu o ciclo de Krebs), Harry Goldblatt e Goldflam (que descreveu a miastenia gravis).

Os campos da Imunologia e da Bacteriologia são dois do que tiveram mais contribuições de médicos de origem judaica. Paul Ehrlich foi pioneiro no desenvolvimento de diversos tratamentos, como o Salvarsan, princípio ativo a partir do qual se tratava a sífilis. August Wassermann e Albert Neisser desenvolveram importantes trabalhos no campo da serologia da mesma doença venérea. Salk Jonas desenvolveu a vacina injetável contra a poliomielite, Albert Sabin a vacina oral contra a poliomielite, Selman Waksman trabalhou em uma importante técnica para a síntese de antibióticos. Ernst Chain foi considerado um dos descobridores da penicilina. Emanuel Libman, Waldemar Haffkine, Joseph Goldberger, Simon Flexner e Henry Koplik foram outros importantes médicos de origem judaica.

Na Dermatologia, destacam-se os trabalhos de Ferdinand von Hebra, um dos que contribuiu amplamente para a classificação de doenças de pele e o renomado Paul Unna. Na Pediatria tem-se Alois Epstein, Edouard Henoch, Abraham Jacobi, Bela Schick e Adolf Baginsky, que desenvolveu estudos sobre a importância do leite materno na nutrição infantil. Nas áreas da Ginecologia e da Obstetrícia, destaca-se Bernhardt Zondek, um dos criadores do primeiro teste de gravidez. No campo da Radiologia, Gustav Bucky desenvolveu o diafragma, dispositivo que impede interferência em imagens radiológicas. No campo da Cardiologia, encontram-se figuras como Jacob da Costa e Arthur Master. E na Medicina Legal, ironicamente, Cesare Lombroso.

Além de progressos na prática e na ciência médica, graças a Abraham Flexner, criador do Relatório Flexneriano, houve a uniformização da formação médica nas universidades estadunidenses. Tal medida intentava garantir maior qualidade nos processos de ensino-aprendizagem. (LANDMANN, 1993) As ideias propostas por Flexner foram seguidas por diversas escolas médicas do mundo e, apesar das críticas quanto à fragmentação do ensino e mecanização da prática, não se pode negar o avanço proporcionado por tal relatório.

Um exemplo importante de procedimentos comuns na Medicina judaica é a circuncisão. Tal procedimento representa a aliança entre os judeus e Jeová, e deve ser realizado em todos os meninos judeus no oitavo dia de vida, com exceção daqueles que possuem hemofilia ou outras doenças sanguíneas. A circuncisão consiste em uma cirurgia na qual há excisão do prepúcio (pele que cobre a glândula peniana) e se trata de um ritual judaico obrigatório, equivalendo-se a um ato de purificação dos bebês judeus do sexo masculino. (LANDMANN, 1993; NOGUEIRA, 2013) Mas, além disso, a circuncisão pode ser considerada como uma cirurgia preventiva. Alguns estudos mostram que homens circuncidados têm menor risco de infecções do trato urogenital (sexualmente transmissíveis ou não) e menor incidência de câncer de pênis. Além disso, a proteção à parceira (se a relação for heterossexual) é evidente, pois há menor incidência de câncer cervical em mulheres com companheiros circuncidados. (NOGUEIRA, 2013)

A ética médica judaica, baseada em princípios religiosos judaicos, também é um importante aspecto a ser discutido, no que tange à relação entre Medicina e judaísmo. Tal religião preza pelo exercício da prática médica pautado na conduta moral e ética. Muitas temáticas polêmicas no campo da bioética médica, como segredo profissional, consentimento livre e esclarecido, contracepção, inseminação artificial, manipulação e engenharia genéticas, transplantes, critérios de morte cerebral, suicídio assistido, eutanásia, aborto e autópsia são bastante discutidos dentro da comunidade médica judaica. Tais discussões tem como perspectiva norteadora a importância da vida de um ser humano, mas dispendo-se a examinar a individualidade de cada caso. (LANDMANN, 1993; SANTANA JÚNIOR, 2012) Dentre esses temas tão complexos e debatidos no campo da bioética médica e pelas religiões, falaremos a seguir sobre a perspectiva do judaísmo com relação ao segredo profissional, à manipulação genética, ao aborto e à eutanásia.

No que tange ao segredo profissional, o judaísmo não permite a divulgação de informações sobre o paciente, mantendo a sua privacidade, a menos que haja perigo à vida de outrem. Para tal crença, a inviolabilidade do segredo não pode ser mais importante que a vida e a saúde de outras pessoas. Essa ideia é condi-

zente com o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina brasileiro. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019; LANDMANN, 1993) Para mais, o segredo profissional também se aplica na divulgação da situação de saúde para o próprio paciente. Leva-se em consideração o seguinte questionamento: esta informação pode encurtar a vida do paciente? Se a resposta for positiva, deve-se analisar melhor a situação, com o intuito de saber se o esclarecimento é necessário para que o paciente possa fazer suas últimas escolhas. Mas se for negativa, o estado de saúde deve ser informado. (LANDMANN, 1993)

O judaísmo não é contra o uso de pesquisas e instrumentais da genética para se diagnosticar, prevenir e/ou tratar doenças hereditárias. Vale ressaltar também que não há contraposição dessa religião à utilização da manipulação genética para motivos mais superficiais, como a pré-seleção do sexo biológico do feto. (LANDMANN, 1993)

O aborto é considerado ilegal no Brasil, com exceção dos casos de estupro e ameaça à vida materna. Ainda assim, em tais casos, a prática é enxergada sob a luz da imoralidade por grande parte da sociedade. Em contrapartida, para o judaísmo, antes de 40 dias de gestação, o produto da fertilização é apenas um fluido amorfo. O feto só é considerado uma pessoa a partir da emergência da pelve da mãe, e a vida materna tem precedência sobre a do feto e está totalmente ligada à viabilidade da formação de um cérebro no último. A partir disso, pode-se concluir que o aborto, segundo o judaísmo, pode ser realizado antes dos 40 dias de gestação, se a gravidez for um risco à vida da mãe e se o feto for anencefálico. (LANDMANN, 1993) Ademais, em casos de estupro, malformações, algumas doenças genéticas e gravidez múltipla, é importante consultar uma autoridade rabínica para que cada caso seja analisado na sua individualidade e complexidade. Somente após esta análise, pode ser conferido o parecer positivo ou negativo para se realizar o aborto do feto. (LANDMANN, 1993)

Os livros sagrados judaicos apresentam diversas referências contra a supressão da vida das pessoas. Para o judaísmo, uma pessoa em estado terminal e/ou uma pessoa agonizante ainda são consideradas vivas e nenhuma ação pode ser desempenhada para apressar sua morte. Assim, a religião judaica é contra a eutanásia. Contudo, muitos sábios judeus não permitem ações que visem o retardo ou o impedimento, de forma artificial, da morte. Deste modo, é proibido apressar a morte, mas também postergá-la. Deve-se agir de forma que a pessoa tenha garantida a sua dignidade nos seus últimos momentos de vida. É importante destacar, inclusive, que é dever do médico, na perspectiva judaica, sempre optar pela preservação da vida do paciente. (LANDMANN, 1993)

O JUDAÍSMO NO BRASIL E SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA

Desde a ocupação do Brasil pelos portugueses no século XVI, iniciou-se a relação entre o nosso país e os judeus. Muitos deles emigraram para o Brasil como cristãos-novos, devido à perseguição do Tribunal do Santo Ofício. Esse povo, mesmo enfrentando restrições, participou do desenvolvimento econômico brasileiro e influenciou nossa Medicina, atuando, de início, como cirurgiões-barbeiros, boticários e médico-farmacêuticos. O médico judeu de maior renome no período colonial foi Abraão Mercado, que também era boticário e homem de negócios. (CONFEDERAÇÃO ISRAELITA DO BRASIL, [200-]; LANDMANN, 1993)

Contudo, assim como ocorreu em outros países do mundo, os judeus também foram perseguidos e impedidos de ingressar em universidades no Brasil. Esse impasse foi solucionado paulatinamente através de acontecimentos marcantes: formação de comunidades judaicas (a partir do século XVII), abertura de universidades aos judeus (a partir do século XIX), fundação da União Israelita do Brasil (1873), criação da primeira escola judaica (1906), organização de comunidades estruturadas (1914-1930), circulação do primeiro jornal judaico (1915), ocorrência do primeiro Congresso Sionista (1922), fundação da Federação Israelita do Estado de São Paulo (1946) e da Confederação das Entidades Representativas da Coletividade Israelita do Brasil (1948, futura CONIB), inaugurações dos Hospitais Israelitas Albert Einstein (1971) e Albert Sabin (década de 1980) e criação do dia nacional da Imigração Judaica (2009, 18 de março), dentre outros episódios relevantes da história. (CONFEDERAÇÃO ISRAELITA DO BRASIL, [200-], [20--]a; LANDMANN, 1993)

A Confederação Israelita do Brasil (CONIB), fundada em 1948, é responsável pela representação política de toda a comunidade judaica brasileira, segunda maior da América Latina, nas esferas social, executiva, legislativa e judiciária. Ela considera os princípios de paz, democracia, justiça social e diálogo inter-religioso. A CONIB também oferece suporte social, político, cultural e educacional aos judeus, ao passo que combate o antissemitismo, a intolerância e terrorismo no Brasil e no mundo. (CONFEDERAÇÃO ISRAELITA DO BRASIL, [200-], [20--]a) No Brasil, houve, e ainda há, judeus exercendo papéis de grande influência, a exemplo do dr. Moacyr Scliar, do dr. Jayme Landmann, do dr. Rubem Tabacof (que atua na Bahia), de Luciano Huck, do astrônomo Marcelo Gleiser, do apresentador Serginho Groisman, Silvio Santos, Horácio Lafer, da escritora Clarice Lispector e de Juca Chaves.

Moacyr Jaime Scliar (1937-2011) foi um grande médico e escritor judeu brasileiro. Seus pais eram judeus e foram vítimas de perseguições na Europa, razão pela qual migraram para o Brasil em busca de uma vida melhor. Scliar ingressou

no curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1955 e, no ano de sua formatura, 1962, escreveu o livro *Histórias de um médico em formação*. Em 1970, cursou sua pós-graduação em Medicina em Israel. Durante sua vida, além de médico e escritor, foi professor da Faculdade Católica de Medicina, atual Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, e servidor da Secretaria Estadual da Saúde, onde se debruçou sobre temas relacionados à Saúde Pública e atuou em diversas campanhas, como a de erradicação da varíola, da febre amarela e da paralisia infantil. Suas experiências como judeu e filho de imigrantes influenciaram diretamente suas obras, característica visível na introdução de personagens judeus, como Karl Marx e Joel, protagonista do romance *A guerra no Bom Fim*. Escreveu desde romances e ficção infanto-juvenil, a crônicas e literatura médica, como: *Do mágico ao social* (1987), *A majestade do Xingu* (1997), *A linguagem médica* (2002) e *O olhar médico* (2005). (ZILBERMAN, 2018) Scliar chegou a visitar a Bahia em um congresso da Academia Bahiana de Medicina e Arte.

Outro nome que merece destaque é o do professor Jayme Landmann (1920-2006). Natural da Romênia, veio para o Brasil em 1929, onde se formou em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF), em 1945, e introduziu a terapia renal substitutiva. Juntamente com José de Barros Magaldi, professor da Universidade de São Paulo (USP), fundou a Sociedade Brasileira de Nefrologia. Foi orientador do prof. dr. Ernane Nelson Antunes Gusmão (um dos autores deste capítulo), em sua pós-graduação em Nefrologia, no Hospital das Clínicas Pedro Ernesto, da então Universidade do Estado da Guanabara. Deixou uma grande contribuição literária, como os livros *Medicina não é Saúde?* (1983), *A Outra Face da Medicina* (1984), *As Medicinas Alternativas: Mito, Embuste ou Ciência?* (1988), além de *Medicina e Judaísmo* (1993), principal referência utilizada na escrita deste capítulo.

A Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein foi fundada por médicos judeus e inaugurada em 1971, sob a liderança do dr. Manoel Tabacow Hidal. O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), melhor hospital da América Latina e *top 50* do mundo, oferece hoje serviços de qualidade, inova na assistência médico-hospitalar e gera conhecimento científico, tendo sempre como foco a responsabilidade social e a excelência na prestação de serviços e desenvolvimento científico. (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, [202-], 2015, 2019) Por se tratar de um hospital de alta capacidade, o HIAE é referência na assistência em Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Gastroenterologia, Ortopedia, Neurologia, Endocrinologia e cirurgia. Ainda mais, como o HIAE considera ensino e pesquisa a engrenagem para o desenvolvimento científico, há investimentos vultuosos

em cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação e em pesquisas científicas. (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2015, 2017)

Desde a década de 1980, o Hospital Israelita Albert Sabin (HIAS) promove a saúde com comprometimento, integridade, segurança, empatia, foco no paciente, eficiência, processos assistenciais de alta qualidade e emprego de tecnologia de ponta em diversos serviços. (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN, [2016]) Atualmente, há uma rede de hospitais do HIAS em vários estados brasileiros, inclusive na Bahia, que conta com centro de saúde (Federação, Salvador), maternidade (Cajazeiras, Salvador) e laboratórios (em várias cidades baianas).

O JUDAÍSMO NA BAHIA E SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA

Como a colonização portuguesa se iniciou na Bahia, ao chegarem no Brasil os judeus, muitos dos quais como cristãos-novos, ocuparam o território baiano contribuindo com o desenvolvimento social, cultural e econômico do estado e da Região Nordeste. Ao mesmo tempo, lutavam contra as restrições sociais e religiosas impostas pelo Santo Ofício, mesmo que esse tivesse menos poder do que em Portugal. (CONFEDERAÇÃO ISRAELITA DO BRASIL, [200-]; SOCIEDADE ISRAELITA DA BAHIA, [200-])

Conquanto, apenas com a chegada do século XX, os judeus que migraram para Salvador conseguiram estabelecer-se em uma comunidade organizada com força social e cultural. Em 1947, foi fundada a Sociedade Israelita da Bahia que apresenta uma sinagoga, localizada no bairro de Nazaré, e um *site* informativo, o qual tem uma gama de conteúdos disponíveis. No decorrer deste século, também foram formados núcleos judaicos em diversas cidades do interior baiano. (CONFEDERAÇÃO ISRAELITA DO BRASIL, [200-]; SOCIEDADE ISRAELITA DA BAHIA, [200-])

Como forma de abordar a relação entre Medicina e judaísmo, tendo como enfoque uma experiência na Bahia, pedimos que o dr. Samuel Ulisses Chaves Nogueira do Nascimento respondesse a algumas perguntas nossas. Soteropolitano, filho de uma judia baiana e um sergipano, o dr. Samuel nasceu na noite do dia 12 de outubro de 1990, um Shabat – dia de descanso semanal no judaísmo. Judeu desde o nascimento, uma vez que no judaísmo, todo filho de ventre judeu, é judeu, dr. Samuel formou-se médico na Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde apresentou um trabalho de conclusão de curso sobre circuncisão, também utilizado como referência na construção deste capítulo.

De acordo com o que foi escrito por ele, embora muitas pessoas encarem como uma religião, o judaísmo é, na realidade, uma cultura, que tem a família como centro de funcionamento principal. Além disso, a ética no cotidiano é a prática

judaica mais importante em sua experiência pessoal e profissional. Segundo ele, a escolha pela Medicina ocorreu por influência do judaísmo, devido às inquietações e questionamentos acerca do mundo e de seu funcionamento, bem como à importância e nobreza do cuidado com o ser humano, uma vez que para o judaísmo a vida é uma dádiva preciosa. Afirma, assim, que sua escolha pela Medicina acabou sendo natural, feita no intuito de compreender algumas de suas inquietações.

A escolha pela atuação na área da Genética médica também foi influenciada por sua religião, o que se somou ao desejo de produzir ciência e praticar o cuidado com os outros. A Genética médica e o judaísmo se inter-relacionam através da família, já que essa área abrange o conhecimento molecular e possui o aconselhamento familiar como uma de suas importantes áreas, corroborando para a centralidade da família já presente na religião. Ademais, na comunidade judaica, há doenças prevalentes causadas por casamentos consanguíneos e que podem afetar diversas gerações, como a doença de Tay-Sachs (nos judeus Asquenazes). A partir do conhecimento dos dados genéticos judeus e com a elaboração de heredogramas, o dr. Samuel afirma que busca *“pistas de traços de sangue judeu em famílias que apresentam algumas doenças específicas, pois este conhecimento pode me levar a buscar outros problemas e talvez evitar que eles se manifestem [...]”*.³

Diante disso, é perceptível que o judaísmo inspirou, e ainda inspira, o dr. Samuel a agir eticamente na sua profissão e a buscar produzir conhecimento para cuidar dos seus pacientes, judeus ou não, tendo como primazia a importância da vida humana, a qual é fundamental para o judaísmo e para a Medicina.

ENSINAMENTOS JUDAICOS SOBRE SAÚDE E DOENÇA E SUA RELAÇÃO COM A PANDEMIA DA COVID-19

A Bíblia e o Talmud já trazem importantes contribuições sobre a Medicina Preventiva, que são indispensáveis no contexto de pandemia pelo qual estamos passando. Algumas medidas já praticadas naquela época, e apresentadas nos textos, são a quarentena, o isolamento, a desinfecção dos objetos e da casa e evitar aglomerações. Todas normas que estão sendo (ou deveriam ser) adotadas pela população mundial desde o início da pandemia da covid-19. Ademais, com a pandemia, foi possível perceber que os pilares da chamada “Medicina baseada em evidências”, influenciada pelo empirismo presente na Medicina judaica desde o período medieval e que objetiva proporcionar aos profissionais de saúde tomadas

3 Samuel Ulisses Chaves do Nascimento Nogueira, em entrevista concedida a Bianca Santana Rezende, Larissa Carolina Silva Matias e Rayane Kele Lima de Almeida, coautoras deste capítulo, em Salvador, 9 fev. 2021.

de decisões mais seguras, com menos vieses e de maior resolutividade na assistência à saúde, ainda não se apresenta difundida entre muitos profissionais de saúde, políticos e parte da população brasileira, infelizmente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. C. de. Do mosteiro à universidade: considerações sobre uma história social da medicina na Idade Média. *Aedos: revista do corpo discente do Programa de Pós-Graduação em História da UFRGS*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 36-55, jun. 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/128786>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ALMEIDA, N. M. O. L. de. *Ricardo Coração de Leão e Saladino: ascensão e confronto entre os dois maiores chefes militares da época das Cruzadas*. 2015. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29865/1/Tese%20Mestrado%20NLA.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz : Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. p. 25-49.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Nise da Silveira: vida e obra*. Rio de Janeiro, [2014]. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/nisedasilveira/uma-psiquiatra-rebelde.php>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CARITA, R. A Ilha da Madeira no contexto da expansão ibérica dos séculos XV-XVI. In: GOMES, R. V.; GOMES, M. R. (ed.). *A gestão dos recursos florestais portugueses na construção naval da idade moderna: história e arqueologia*. Lisboa: Instituto de Arqueologia e Paleociências, Universidade Nova de Lisboa. 2016. p. 61-68. Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/48722/1/A_ilha_da_Madeira_no_contexto_da_Expans_o_Ib_rica_dos_s_culos_XV_XVI_RC.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

CONFEDERAÇÃO ISRAELITA DO BRASIL. *História*. São Paulo, [200-]. Disponível em: <https://conib.org.br/sobre/historia.html>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CONFEDERAÇÃO ISRAELITA DO BRASIL. *Propósito*. São Paulo, [20--]a. Disponível em: <https://conib.org.br/sobre/proposito.html>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Código de ética médica: Resolução CFM nº 2217, de 27/09/2018*. Brasília, DF: CFM, 2019.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. *Diferenciais*. São Paulo, 3 dez. 2015. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein/diferenciais>. Acesso em: 19 jan. 2021.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. *História*. São Paulo, 26 abr. 2019. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein>. Acesso em: 19 jan. 2021.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. *Missão, visão e valores*. São Paulo, 6 fev. 2017. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein/missao-visao-valores>. Acesso em: 19 jan. 2021.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. *Missão, visão e valores*. São Paulo, [200-]. Disponível em: <https://www.hasabin.com.br/missao/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. *Einstein: melhor hospital da América Latina, segundo a Newsweek*. São Paulo, [202-]. Disponível em: <https://www.einstein.br/newsweek>. Acesso em: 19 jan. 2021.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN. *História*. São Paulo, [2016]. Disponível em: <https://www.hasabin.com.br/historia/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

LANDMANN, J. *Judaísmo e Medicina*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

NOGUEIRA, S. U. C. do N. *Circuncisão na Torah: história, religião e saúde*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10842/1/Samuel%20Ulisses%20Chaves%20Nogueira%20do%20Nascimento.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

ROSNER, F. *The Medical Legacy of Moses Maimonides*. Hoboken: KTAV Publishing House, 1998.

SANTANA JÚNIOR, F. O. Judaísmo, medicina e literatura: ética médica judaica em *A majestade do Xingu*, de Moacyr Scliar. *Arquivo Maaravi: revista digital de estudos judaicos da UFMG, Belo Horizonte*, v. 6, n. 11, out. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/maaravi/article/view/3071>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SANTANA JÚNIOR, F. O. Entre a torá e a refuá (Medicina): Maimônides como rabino e médico no romance *El médico de Sefarad*, de César Vidal. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ABRALIC, 8., 2013, Campina Grande. *Anais [...]*. Campina Grande: UEPB/UFCG, 2013. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/4896>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SCLIAR, M. J. *Da bíblia à psicanálise: saúde, doença e medicina na cultura judaica*. 1999. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4474/ve_Moacyr_Scliar_ENSP_1999%20.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 20 jan. 2021.

SIQUEIRA, Valderedo Clemente de. Religiões abraâmicas: semelhanças e diferenças. In: ARAGÃO, Gilbraz; VICENTE, Mariano (org.). *Espiritualidades, transdisciplinaridade e diálogo 2*. Recife: UNICAP: Observatório Transdisciplinar das Religiões no Recife, 2018. p. 120-138. Disponível em: <https://www1.unicap.br/observatorio2/wp-content/>

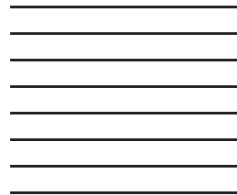
uploads/2018/08/E-book-Espiritualidades-transdisciplinaridade-e-di%C3%A1logo-2_Observat%C3%B3rio-das-Religi%C3%B5es-no-Recife-1.pdf. Acesso em: 23 jan. 2021.

SOCIEDADE ISRAELITA DA BAHIA. *História da comunidade judaica da Bahia*. Salvador, [200-]. Disponível em: <https://sibenews.wordpress.com/a-s-i-b/>. Acesso em: 21 jan. 2021.

SOCIEDADE ISRAELITA DA BAHIA. *Somos a comunidade judaica no Brasil*. Salvador, [20--]b. Disponível em: <https://www.conib.org.br/comunidades/sociedade-israelita-da-bahia/>. Acesso em: 21 jan. 2021.

XAVIER, J. M. de S.; MOURA, F. N. de. A união dinástica de Isabel de Castela e Fernando de Aragão: o casamento que fundiu reinos no século XV. *Revista de História Antiga e Medieval*, Imperatriz, MA, n. 2, dez. 2020.

ZILBERMAN, R. *O escritor. Moacyr Scliar*. [s. l.], 2018. Disponível em: <http://www.moacyrscliar.com/sobre/o-escritor/>. Acesso em: 23 jan. 2021.



7

PRÁTICAS AGRONÔMICAS, VETERINÁRIAS E MÉDICAS DURANTE A ESCRAVIDÃO NO BRASIL: CRUELDADE, RESISTÊNCIA E RACISMO NA SAÚDE

*Paulo Gilvane Lopes Pena
Rosa Maria Guimarães de Almeida Calado*

INTRODUÇÃO

Esta é uma pesquisa conduzida de forma preliminar que analisa fontes históricas bibliográficas e documentais que tem por base uma problemática orientadora, qual seja, a ausência de estudos sobre a história da Medicina e da Saúde Pública com fundamentos técnicos e as práticas de organização dos serviços de assistência médica e de saúde destinados aos trabalhadores escravizados nas Américas, em particular no Brasil durante o período colonial e imperial. Pressupõe-se que existe uma invisibilidade histórica dos modelos cruéis das intervenções na saúde

passadas nos porões, senzalas, na vida em cativeiro e no transporte nos tumbeiros ou navios negreiros.

Diante dessa invisibilidade constatada nos compêndios de Medicina e de Saúde Pública, este estudo tem o objetivo de analisar orientações, modelos e práticas médicas e de saúde desenvolvidas sobre condições de trabalho e transporte destinadas aos escravizados entre os séculos XVI a XVIII. Adicionalmente, acrescentam breves referências as estratégias de resistência e lutas dos escravizados contra a violência hedionda da sociedade escravocrata, assim como consequências do racismo estrutural na saúde e na Medicina na atualidade decorrentes da herança escravocrata, a exemplo da dramática desigualdade racial na pandemia da covid-19.

Do ponto de vista conceitual, a supressão da liberdade pode ser considerada a essência da condição de escravizado. Não se trata apenas de liberdade política ou comportamental, mas de todos os tipos de liberdades inerentes a condição humana que são suprimidas e dependem unicamente do senhor de escravizados. (GARCIA, 1989; PATTERSON, 2008) Para isso, na escravidão, impuseram uma redução ideológica do ser humano negro em algo, não alguém, de inteira propriedade do senhor para o uso dos seus corpos nos meios de produção. (GARCIA, 1989; ROSEN, 1994) Com isso, essa pessoa era coercitivamente assemelhada socialmente à mercadoria que podia ser comercializada como qualquer outra, que se qualificava como patrimônio, análoga ao animal de carga. A tutela do senhor de escravizados ocorria, ainda, sob a forma de restrição da liberdade espacial ao impor uma vida em cativeiro podendo estabelecer regime fechado, acorrentado, em senzala, em enfermaria-cárcere quando doente (MARQUESE, 2004, 2005), exceto para algumas formas de uso, a exemplo do escravizado de ganho.

Este modo de emprego da força de trabalho permitia ao proprietário o domínio sobre a vida, morte, formas de relacionamento familiar e reprodutiva e da prole *ad infinitum* do escravizado. Dessa forma, a pessoa escravizada não tinha a liberdade para si e para seus dependentes *ad eternum*. Segundo Patterson (2008), essa condição impunha ao escravizado a morte social.

Essas relações escravocratas diferenciavam-se de outras formas de inserção no mundo do trabalho, como o artesão ou o assalariado. Este, nas suas relações típicas, tem a sua liberdade e o seu corpo pertence a si, e vende apenas a sua capacidade de trabalho ou força de trabalho em troca de salário, conformando o conceito de mercado de trabalho. (BRAVERMAN, 1987) Mas para o escravizado, organizou-se nas Américas um imenso mercado de seres humanos sob condições animalizadas para transformarem em *comodities* assemelhadas a qualquer outra mercadoria agroveterinária. (GOMES, 2019; PENA, 2021; VERGER, 2002)

Garcia (1989) e Rosen (1994), autores clássicos da Saúde Pública, ao analisarem a saúde do escravizado na Grécia Antiga, consideram que os escravizados doentes eram assistidos por modalidades de Medicina Veterinária a cargo de praticantes. Esse pressuposto indica também a essência das práticas de saúde aplicadas durante a escravidão nas Américas. Com isso, a condição do ser humano tratado como objeto de natureza agroveterinária condicionava a abordagem da saúde no escopo epistêmico da agronomia e da Medicina Veterinária da época, enquanto a Medicina se destinava aos colonizadores e/ou escravocratas. No presente estudo, esta hipótese orienta as análises preliminares sobre a saúde dos escravizados no Brasil e em outros países das Américas.

A ausência de informações nos compêndios médicos na abordagem de serviços destinados aos escravizados, somada à formulação analítica proposta por Garcia (1989), levou a necessidade de orientar a investigação das publicações históricas dos saberes técnicos da agronomia e da veterinária, além da própria Medicina. Nesse sentido a busca bibliográfica centrou-se em fontes que expressam diferentes ramos do conhecimento de uma epistemologia científica no âmbito da agronomia, veterinária e da Medicina originárias da Europa colonial e escravocrata praticadas nas Américas, adicionadas às referências gerais da literatura sobre a história da escravidão. Essa constatação tem por base a concepção predominante no âmbito das escolas de formação profissional da Europa que desconsiderava pessoas negras como humanas, principalmente entre o século XVI e início do século XIX.

Reduziram-se, dessa forma, no plano cognitivo e das práticas profissionais, a pessoa negra a um objeto assemelhado ao animal de carga com repercussões nefasta à saúde. Conformou-se, assim, com a ideologia das academias de agronomia e de Medicina dos estados coloniais escravocratas que se somaram aos estados que conquistaram a independência, porém mantiveram regimes escravocratas como no Brasil durante o Império. Constituíram nesses quatro séculos de escravidão as bases das sociedades racistas, cujas consequências para a saúde das pessoas negras escravizadas foram extremamente cruéis e que se expressam na organização de serviços e da assistência à saúde ainda na atualidade.

A análise do processo produtivo que constituía o modo de vida do escravizado permite entender as relações sociais do trabalho, ou seja, como se dá o uso da capacidade de trabalho da pessoa trabalhadora no processo produtivo ou atividade de serviço. (BRAVERMAN, 1987) São elementos que fundamentam este estudo histórico e social sobre o trabalho e a saúde do escravizado com base na hipótese do uso dos conhecimentos agrônômicos e veterinários nas práticas médicas adotadas para o escravizado, referenciados principalmente em fontes oriundas de manuais agrônômicos e veterinários destinados à gestão do trabalho escravizado nas grandes propriedades agrícolas. (PENA, 2021)

Nessa perspectiva, utilizou-se, como método, uma investigação bibliográfica em livros, documentos históricos, pinturas e desenhos associados ao levantamento da legislação escravista no período, até a abolição da escravatura em 1888. A análise foi feita por meio de revisão integrativa e histórica da literatura, considerando a busca de fontes históricas da Medicina e da saúde além de bancos de dados que consideram a denominada literatura cinza, ou seja, publicações acadêmicas não indexadas em livros históricos, artigos e registros sobre a saúde e a escravidão no Brasil e nas Américas. A busca de livros históricos e raros teve como referência um longo período histórico iniciado em 1543 – primeira fonte encontrada – até o início do século XIX. Os dados foram coletados principalmente na Biblioteca Nacional de Saúde no Rio de Janeiro, somados às diversas produções disponíveis virtualmente. Fontes da legislação do Estado Colonial e do Brasil Imperial escravocratas compuseram aspectos relativos à saúde que tratavam o escravizado na sua condição de mercadoria, corroborando abordagens das práticas agrônômicas de saúde destinadas aos escravizados.

Nas Américas, a escravidão se iniciou com a colonização europeia no século XVI e persistiu por quatro séculos, sendo o Brasil o último país a abolir o regime escravocrata em 1888. As nobrezas europeias, principalmente da Inglaterra, Espanha, Portugal, Holanda e França, estruturaram regimes escravocratas nas suas colônias com a distinção da raça, escravizando maciçamente pessoas negras oriunda da África. Organizaram, assim, governos escravocratas nas colônias centrados na caracterização da raça negra como condição única para o encarceramento cruel no trabalho forçado e na construção de um gigantesco comércio de escravizados. Estima-se que esses regimes tenham utilizado em torno de 14 milhões de escravizados nas Américas (WILLIAMS, 1883) e 5 milhões no Brasil. (GOMES, 2019; MAURO; SOUZA, 1997)

Os escravizados foram transportados da África para as Américas de forma extremamente violenta para trabalharem na produção agrícola, principalmente nas plantações de cana-de-açúcar e algodão, minas, nos serviços caseiros, domésticos, no comércio, limpeza urbana, e na demais atividades de produção de bens e de serviços na sociedade. (GOMES, 2019; VERGER, 2002) Trabalhavam sem nenhuma definição de jornada, de descanso, sobreviviam e se reproduziam em função das modalidades estabelecidas pelo proprietário.

Este extenso período da história do Brasil resultou em profundas heranças da escravidão na nossa formação como sociedade. Trata-se de riquezas culturais magníficas em todas as esferas da sociedade, como a religiosidade, literatura, linguagem, ciência, música, culinária, folclore somadas aos saberes ancestrais das práticas de Medicina popular de origem africana. Compõem-se também o legado

de formas de lutas e resistências à escravidão, a exemplo das populações quilombolas e das irmandades negras que formaram a identidade brasileira.

Entretanto, a organização da sociedade escravocrata impôs consequências terríveis na atualidade, manifestadas em formas diversas e difusas de violência racial contra os negros. São profundas marcas arraigadas na sociedade, caracterizadas pela tragédia do racismo estrutural inscrito na organização das instituições públicas e entidades privadas, nas relações sociais, além da persistente violência de crimes de injúrias raciais. Grandes avanços ocorreram com políticas reparadoras de cotas e, no plano jurídico, a criminalização das injúrias raciais. Porém, persiste o racismo que se manifesta perversamente na saúde, quando dados epidemiológicos diversos exprimem alta mortalidade de negros quando comparado com a população branca. (LEÃO, 2015)

Este racismo estrutural se encontra nos cursos médicos e de saúde que também pode ser caracterizado como uma vertente do próprio racismo institucional reinante na academia, nas instituições de pesquisas e na formação médica. Dessa forma, por mais dolorosa que seja, existe a necessidade de abordar essa modalidade de violência epistêmica científica da agronomia, veterinária e Medicina ao tratar o escravizado assemelhado ao animal de carga.

CONDIÇÕES DE TRABALHO E PRÁTICAS DE SAÚDE APLICADAS AO ESCRAVIZADO

Seguem os principais resultados categorizados segundo as práticas assistenciais e organizações de serviços de forma sequencial. A abordagem agrônoma e veterinária da saúde do escravizado configura-se na mais relevante constatação. Consequentemente, a responsabilidade pela produção das técnicas e orientações inscritas nos manuais agronômicos e livros veterinários provém dos países colonizadores, principalmente da França e Inglaterra (MARQUESE, 2004), que se adicionam ao sul dos Estados Unidos após a independência, além do Brasil, no período imperial.

Os escravizados compunham parte dos meios agrícolas, apartados da casa grande, assim como os animais de carga, que habitavam em instalações na forma de cativeiros ou senzalas subjugados à uma disciplina rigorosa com punições e vigilância permanente. Os manuais agronômicos dispunham de capítulos específicos sobre a saúde do escravizado como uma mercadoria do reino animal entre suínos, ovinos, equinos, como mostram livros de agronomia e veterinária de Bonnetrie (1772), sobre o tratado de cana-de-açúcar de Dutronne La Couture (1791), García Cabero (1729) e os manuais brasileiros para agricultores de Almeida (1834), Fonseca (1863) e Taunay (1839). Neles, o escravizado pode ser considerado um

meio inserido no processo de trabalho ou até mesmo um produto agrícola quando criado para ser comercializado, constituindo-se na própria mercadoria agrícola. Em situações específicas, o escravizado poderia ser utilizado como brinde ou presente assemelhado a um animal de estimação, conforme Jacobina (2008).

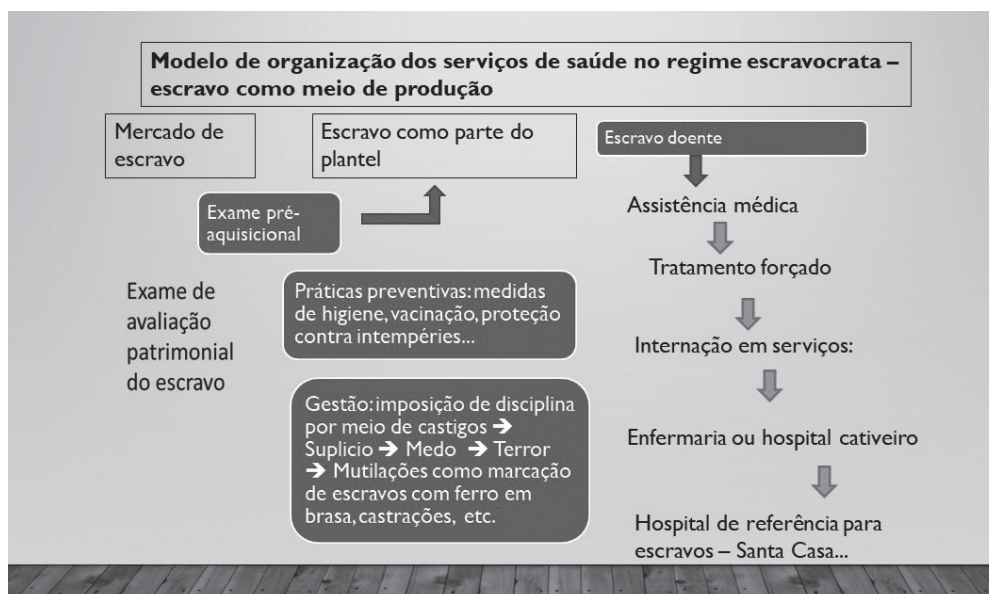
Segundo Marquese (2005), a teoria da administração dos escravizados surge a partir de meados do século XVIII com a edição do livro de Jean-Baptist Labat em 1722. Em Portugal houve a publicação de textos sobre a forma de governo dos escravizados pelos missionários no final do século XVII e no século XVIII. O autor define esta produção como um modo cristão de gestão dos escravizados, enquanto nos outros países colonizadores a agronomia tomava como objeto epistêmico o escravizado e desenvolvia métodos agrícolas de administração para organização do trabalho escravizado, envolvendo a saúde. O modo cristão de gestão não se traduzia na atenuação das punições e nas condições de comércio dos escravizados, apenas indicava a necessidade de empreender alguns ritos sacramentais, porém sem questionar o estatuto da escravidão.

Resumidamente, os manuais e livros agrícolas analisados discorriam sobre: caráter do escravizado; modo de transporte; seleção por meio de avaliação de saúde e orientações para a criação ou produção de escravizados para venda; tipos de cativeiros; dietas alimentares ou rações; modos de organização do trabalho incluindo a gestão; e técnicas de punições. Ainda sobre a saúde, incluíam: medidas preventivas e higiênicas; terapias; controle da mortalidade infantil; organização e administração de enfermarias e até mesmo hospitais para escravizados em algumas grandes produções de cana-de-açúcar; estímulo à natalidade quando necessário, dentre outras. Desvelam nesses manuscritos, não apenas um modo agrícola de administração de seres humanos reduzidos à condição animal, mas uma verdadeira história não contada de Saúde Pública, da própria saúde do trabalhador, pois não há referências a estas nos textos históricos de Medicina do trabalho e Saúde Pública. (PENA, 2021)

Outras fontes indicavam a apropriação da saúde do ser humano escravizado às práticas veterinárias, dividida com a agronomia, principalmente entre os séculos XVII e XVIII. Orientavam condutas assistenciais sobre a criação, “domesticação” e seleção fenotípica e hereditária pré-científica para obtenção dos melhores escravizados como meios de desenvolvimento do trabalho forçado. Isto envolvia a aplicação dos conhecimentos e das práticas de saúde coletiva conhecidas até então, no que é atualmente uma disciplina denominada Zootecnia. (PENA, 2021) Não se excluía a Medicina que podia ser aplicada sem contestar o estatuto desumanizado ideologicamente do escravizado, porém não encontramos textos médicos tratando da organização da assistência à saúde dos escravizados nas grandes atividades agrícolas.

Conforme a figura a seguir, a sistemática de análise seguirá a discussão do fluxo iniciado com as práticas de avaliações de saúde no mercado de compra e vendas do escravizado, seguida das intervenções na organização dos serviços de saúde para as grandes atividades agrícolas, a assistência ao escravizado doente, a administração ou gestão do trabalho escravizado por agrônomos, feitores, senhores de escravizados e o transporte nos navios negreiros. Finalmente, serão abordados aspectos sobre lutas, resistências e ações dos escravizados como forma de lutas contra a escravidão, assim como herança escravocrata na saúde.

Figura 1 – Modelo de organização dos serviços de saúde no regime escravocrata



Fonte: elaborada pelos autores.

EXAMES DE SAÚDE PARA EXAME NO ATO DE COMPRA DO ESCRAVIZADO

A avaliação do estado de saúde do escravizado no ato de compra e venda objetivava definir o valor deste nos mercados e magazines. Representava uma modalidade de exame prévio à aquisição para compor o patrimônio, e a presença de enfermidade ou mutilação que limitasse a realização de tarefas no trabalho implicaria na redução do preço e da composição do capital a ser investido. De uma parte, o vendedor melhorava as condições de higiene, saúde e apresentação do escravizado com medidas que envolviam alimentação, hidratação e higiene com o objetivo de elevar o valor da venda. Enquanto o comprador avaliava as condições físicas, sexuais, de idade e palpava várias partes do corpo, como os órgãos genitais, em busca de

sinais de sífilis e outras enfermidades sexualmente transmissíveis, além de avaliar as condições mentais e habilidades do escravizado. (FREYRE, 1992; GARCÍA CABERO, 1729; GOMES, 2019; LEWKOWICZ; GUTIÉRREZ; FLORENTINO, 2008; RUSSELL-WOOD, 2004; VERGER, 2002)

Segundo Gomes (2019), alguns compradores mais ricos recorriam ao médico para exames com maior rigor, mas a maioria eram realizados por feitores, ou pelos próprios senhores de escravizados. Na forma que era feito, de fato se tratava de um tipo de avaliação de saúde comumente encontrada na Medicina Veterinária, conforme pode ser verificado na Figura 2.

Figura 2 – A inspeção e venda dos escravizados, de Brantz Mayer



Fonte: Inspection... ([200-]).

O exame consistia em avaliar as condições físicas e mentais, em que o feitor ou interessado analisava, por exemplo, a dentição, o estado dos olhos, aplicava testes de investigação das habilidades e agilidades – como as neurológicas e musculares, ao obrigar o escravizado a pular e realizar diversos movimentos –, deformidades na sua estrutura corporal, possibilidade de portar deficiência física e mental. Enfim, todas as características possíveis que indicassem o estado de saúde, mutilações, incapacidades, cicatrizes etc. Em caso positivo que impedisse o escravizado de trabalhar, o seu valor econômico de investimento era reduzido. (CARNEIRO, 2005; GOMES, 2019; VERGER, 2002)

A proibição do tráfico transatlântico de escravizados em 1807 aumentou a escassez de escravizados o que levou à procura de mulheres negras para reprodução

de escravizados. Com essa finalidade, no ato do exame de compra de escravizadas se avaliavam o comportamento para averiguar se estas poderiam ser subjugadas aos favores sexuais ou às organizações de casamento definidas pelos proprietários em função do perfil dos escravizados (ALMEIDA, 2002; MARQUESE, 2005; WILLIAMS, 1883), assim como a escolha pela sua estrutura corporal, como o quadril favorável ao parto e outras características que permitissem melhores perspectivas de parto e criação de filhos.

Adiciona-se o caráter racial inscrito nesse exame, imprimindo a terrível dimensão racista do trabalho nos países escravocratas das Américas. Como escravizar brancos representava ilegalidade, se impunha a necessidade de avaliar se a pessoa a ser adquirida era negra ou não. Então, o exame tinha condutas para definição de raça em conformidade como o que se acreditava ser essa distinção humana na época. Definia-se o negro essencialmente pela cor da pele e tipo de cabelo. (FREYRE, 1992; RUSSELL-WOOD, 2004; VERGER, 2002) Trata-se de conduta eugênica da escravidão nas Américas com recursos centrados no senso comum de diferenciação racial. Situação semelhante de natureza eugênica e orientada pela ideologia do darwinismo social ocorreu durante o regime nazista na Alemanha, em que se realizavam exame admissional por médicos do trabalho para avaliar a saúde do trabalhador a ser empregado. O médico do trabalho deveria avaliar a raça do trabalhador e na identificação do judeu, por exemplo, este era destinado ao trabalho mais desqualificado e de risco ocupacional – inclusive, para o trabalho escravizado no período –, enquanto o trabalhador alemão com características brancas assemelhadas ao “ariano”, era destinado às ocupações superiores. (RUFFIÉ, 1982)

Na atualidade, existem modalidades de exames prévios na inserção do trabalhador no emprego, a exemplo dos exames de natureza pré-admissional na Medicina do Trabalho ou mesmo na Medicina do Esporte. No entanto, se avalia apenas as condições de saúde para a capacidade para o trabalho ou a prática de esporte, mas o trabalhador detém a sua liberdade de vida.

ASSISTÊNCIA MÉDICA E PRÁTICAS DE SAÚDE PARA A PRODUÇÃO DE ESCRAVIZADOS

Quanto à assistência aos escravizados doentes, recorriam-se à Medicina de origem africana que os escravizados conheciam e aos tratamentos médicos nos casos mais graves. Este podia ser forçado para melhoria da saúde em caso de resistência do escravizado, havendo grandes propriedades agrícolas com serviços de saúde e mesmo enfermarias-cativeiro. (DUTRÔNE LA COUTURE, 1791; MARQUESE, 2004; PEREIRA, 2009) Em algumas situações, por exemplo no

Recôncavo Baiano, o escravizado poderia até mesmo ser levado para hospitais que tinham áreas destinadas à essa parcela da população, como a Santa Casa de Misericórdia.

A esperança de vida de um escravizado, segundo Mauro e Souza (1997), era de apenas sete anos no exercício do trabalho forçado. Essa perda de força de trabalho na produção, somada à proibição do tráfico de navios negreiros no Atlântico, aumentou a dificuldade de compra de escravizados, com isso muitas fazendas passaram a produzir o escravizado como um produto agrícola. Para isso, implementavam estratégias de reprodução de escravizados – que se iniciava no exame do ato da compra, como visto –, até a organização de creches nas senzalas. (MARQUESE, 2004) Nessa perspectiva, adotavam-se medidas de higiene, alimentação, habitações ou senzalas com proteção contra intempéries para assegurar a reprodução de pessoas escravizadas. Há citações históricas que até mesmo a vacinação contra varíola no final do século XVIII foi utilizada em escravizados. (TAUNY, 2001)

A quarentena, no embarque de escravizados e na chegada aos portos do Brasil, era outra estratégia de saúde utilizada para prevenir doenças transmissíveis da época, como varíola, cólera, malária, peste bubônica, entre outras. Segundo Gomes (2019), os escravizados eram acorrentados, durante a quarentena, nos cárceres dos portos africanos, para também serem preparados para o comércio. Em algumas situações, eram marcados com ferro em brasa como gado para identificar os proprietários. Na quarentena de chegada, melhoravam-se as condições de alimentação e saúde para elevar o preço do escravizado nos mercados de venda. Na Bahia, a Ilha dos Frades e, em algumas situações, a Ilha de Itaparica foram utilizadas para manter escravizados em quarentena.

O estímulo à natalidade envolvia métodos de administração para atenuar o trabalho forçado: substituíam-se as tarefas extenuantes das mulheres gestantes nas plantações por atividades domésticas, além da suspensão de castigos, dentre outras. São, portanto, estratégias de planejamento para o aumento da natalidade, voltadas para a produção de escravizados para a venda ou mesmo para reposição do plantel – na linguagem de alguns manuais agrônômicos. (DUTRÔNE LA COUTURE, 1791; MARQUESE, 2004)

Estas estratégias envolviam homens e mulheres. No início do século XX, nos Estados Unidos, o projeto *Gutenberg of Slave Narratives* entrevistou ex-escravizados, sobreviventes da era da escravidão, com a intenção de construir uma memória desse período. Compuseram centenas de depoimentos, e destacamos os seguintes para exemplificar a gestão da natalidade:

O homem de baixa estatura nunca tinha permissão para casar com a mulher grande e robusta, às vezes, quando os escravizados de uma plantação eram grandes e de aparência saudável, as escravizadas de alguma plantação próxima, pareciam boas criadoras, os dois proprietários concordavam em permitir que os homens pertencentes a ele, visitassem mulheres pertencente ao outro. Na verdade, encorajavam esse tipo de conduta, na esperança de que casassem e gerassem filhos grandes e saldáveis.

[...]

Os casamentos geralmente eram realizados pelo pregador de cor, espécie de feitor dos Estados Unidos, embora na maioria dos casos o homem se aproximava do velho mestre e dissesse que queria uma certa mulher para sua esposa, se a mulher fosse uma criadora prolífica e o homem fosse indivíduo saudável e de grande porte, de aparência saudável, era ela forçada a tomá-lo como marido, quisesse ou não.

[...]

O mercado ficava no meio das ruas, eles faziam andaime sempre que queriam vender alguém e colocava pessoa nisso para que todos pudessem vê-lo bem... Todos queriam mulheres que tivessem filhos rapidamente. Eles sempre perguntavam se você era um bom criador e se fossem eles comprariam você, de acordo com sua palavra... uma garota bonita, alguém iria comprar sem saber nada sobre você, só para ele. (UNITED STATES, 2009, tradução nossa)

Havia, adicionalmente, segundo depoimentos, o comércio de escravizadas bonitas adquiridas como objeto sexual dos senhores:

Antes do meu velho mestre morrer, ele tinha uma garota bonita com quem estava indo e não a deixava trabalhar em lugar nenhum, mas em casa, e a esposa dele nem ninguém falaram nada sobre isso; eles sabiam melhor. Ela tinha três filhos para ele e quando ele morreu seu irmão pegou a garota e os filhos. (UNITED STATES, 2009, tradução nossa)

A política de reprodução envolvia outras estratégias violentas de sujeição dos escravizados a se comportarem como mercadorias. Desarticulavam os laços familiares e ancestrais para desconstruir relações afetivas e heranças de resistências e lutas, além das formas de solidariedade e compromissos com os descendentes. Assim, poderiam comprar escravizados segundo os interesses no aumento da natalidade. Por decorrência, muitos filhos de escravizados desconheciam os seus pais, suas famílias, suas heranças culturais, sua religiosidade, sua língua:

Mos 'chillen' (crianças) não sabia quem eram os pais e mães porque eles (feitores/proprietários) afastavam da mamãe quando ela os desmamava, e vendiam ou trocavam os 'chillen' com outra pessoa, para que eles não ficassem presos à mamãe ou papai. (UNITED STATES, 2009, tradução nossa)

Sobre a assistência aos escravizados enfermos, Gilberto Freyre (1992) relata que existiram escravizados que se suicidavam comendo terra, enforcando-se e envenenando-se com ervas e plotagens dos mandingueiros. Não aguentavam as condições inumanas do regime escravista, que, associadas à uma depressão violenta (chamada de banzo), levava os escravizados a cometerem suicídio. A categoria patológica “banzo” era frequentemente associada, sobretudo por médicos, a sentimentos de saudade de África. Freyre (1992, p. 464) assim descreve aqueles que teriam sido acometidos pelo mal: “Houve os que de tão banzeiros ficaram lesos, idiotas. Não morreram: mas ficaram penando”.

Figura 3 – Máscara de Flandres, Jacques Arago (1839)



Fonte: Jacques... ([200-]).

Quando ele tinha tosse ou pigarro, ele poderia ter uma pausa por algum tempo, mas se isso persistisse seria [tratado por] uma pessoa dos escravos, normalmente uma escrava conhecedora da Medicina africana. (PHILADELPHIE, 1789, p. 304, tradução nossa)

Eram os próprios escravizados que faziam a sua Medicina, que de uma certa forma era tão eficaz quanto a Medicina europeia, mas caso não conseguissem resultados e persistisse a doença, o médico poderia ser chamado. Isto mostra uma referência assistencial para casos graves. O médico poderia ser consultado nas situações mais graves, pois, como descrito anteriormente, havia a necessidade de manter a saúde do escravizado como valor patrimonial.

Algumas grandes propriedades agrícolas dispunham de enfermarias concebidas como cativeiro para internação. (PEREIRA, 2009; PÔRTO, 2006) Segue exemplo de uma planilha do tratado agrícola de cana-de-açúcar de agricultura e veterinária escrito por Dutrône La Couture (1791, p. 340), em que a Figura 4 exemplifica o uso de dados numéricos para acompanhamento da evolução dos enfermos, com altas e mortalidade nas enfermarias-cativeiro. Esse documento foi retirado do capítulo destinado à orientação agrícola para saúde dos escravizados, com o intuito de mantê-los em condições de trabalho para plantar cana-de-açúcar e fabricarem derivados nos engenhos da colônia francesa, atual República Dominicana. Os escravizados entram nesse processo como objetos assemelhados aos animais de carga, relacionados à produção agrícola e derivados.

A ADMINISTRAÇÃO DO ESCRAVIZADO NAS ATIVIDADES AGRÍCOLAS: GESTÃO AGRONÔMICA DA SAÚDE

No regime escravocrata, as condições históricas para administrar os trabalhadores escravizados impunham as mais hediondas, apavorantes e muitas vezes indescritíveis técnicas gerenciais de violência, suplícios, encarceramentos, torturas, dentre outras, em um desfile de técnicas de suplícios, observadas principalmente entre os séculos XVI e XVIII. Marquese (2004) descreve técnicas de administração do trabalho escravizado em publicações de livros e manuais da agronomia destinada às grandes plantações de cana-de-açúcar, algodão, dentre outras. A hierarquia da organização do trabalho envolvia o senhor de escravizados e o comando a cargo dos feitores, estes responsáveis pela organização das práticas e serviços de saúde. (TAUNAY, 2001)

A gestão do trabalho escravizado se sustentava na imposição máxima da disciplina por meio de toda sorte de castigos, suplícios, humilhações, promoção do medo aterrorizante, muitas vezes mutilações como marcação de escravizados com ferro em brasa, castrações, chicoteamento, dentre outras técnicas e instrumentos de contenções, enclausuramento e organização de vida em cativeiro. (RAMOS, 2005) Em algumas situações o escravizado poderia ser morto, como um exemplo para subjugar os outros a essa condição de vida, levando-os a obedecer ao senhor de escravizado sem nenhuma resistência. A produção de suplícios em humanos envolveu, por decorrência, a produção e comercialização de arsenal de instrumentos de contenções e torturas, para dar suporte às estratégias de administração e encarceramento do escravizado, conforme exemplifica a Figura 4.

Figura 4 – Tabela para administração dos escravos no hospital

The table is titled "ANNEE 17 TROIS de HABITATION DE M. MOUVEMENT DE L'ATELIER GENERAL". It is organized into several main sections:

- MALADES** (Sick): Includes sub-sections for "MORTS" (Deaths) and "CONDITIONS".
- CULTURE** (Cultivation): Divided into "NEGRES" (Men), "NEGRISSONS" (Boys), and "NEGRESSES" (Women).
- ROULAISSON** (Movement/Transfer): Includes categories like "Mortels", "Sensibles", "Fournitures", "Chaire des Escrps", "Mats de crasse", "Platiers", "Pieds", "Pins", "Arbres en ceps", and "Vente des Malades".
- PURGERIES** (Purgations): Includes "Purges", "Pains", "Pins", "Arbres en ceps", and "Vente des Malades".

At the bottom of the table, there are sections for "OBSERVATIONS" and "RESTAUX" (Residues), with sub-categories like "Males", "Cherries", "Missions", "Rouff", "Vaches", and "Foins".

Fonte: Dutrône la Couture (1791, p. 340).

Todo esse arsenal de instrumentos e de castigos foi concebido para produzir o sofrimento ao tempo que deveria preservar a capacidade de trabalho do escravizado e evitar a morte, exceto nas punições mais rigorosas, pois o escravizado representava um patrimônio a ser mantido em condições de uso ou venda.

Os castigos se configuravam como um espetáculo macabro com a finalidade de impor simultaneamente o sofrimento individual e coletivo aos escravizados. Nesse sentido, os manuais agrônômicos orientavam que os castigos deveriam ser aplicados em público, para que os outros escravizados observassem e para que servisse de exemplo para desestimular rebeliões e indisciplinas. O Pelourinho, em Salvador, representa um dos mais conhecidos pontos turísticos, cujo nome se originou dessa modalidade de açoite público de escravizados.

A dosagem do número de chibatadas teria que ser seguida e prescrita em partes do corpo para evitar a morte e incapacidade permanente (TAUNAY, 2001) e com isso assegurar a preservação do capital investido no escravizado. Utilizavam o conhecimento médico e agrônômico da época para executar as técnicas na fronteira entre a vida e a morte, ao dosar e prolongar os castigos e as formas de suplícios e sofrimentos físicos para postergar os efeitos da tortura. (PENA, 2021) Por exemplo, os manuais agrônômicos orientavam o uso de medicamentos para tratar as lesões

do chicoteamento – como salmouras para tratar os ferimentos –, porém sem indicar analgésicos conhecidos com a finalidade de impor uma terapia dolorosa como prolongamento do castigo, mas evitando a evolução fatal.

Tais práticas representam um extenso período histórico de perversão da ética médica aristotélica, estando esta voltada para o exercício do benefício, e não do malefício, por meio de planos terapêuticos destinados a salvar vidas, preservar a saúde e evitar o sofrimento. Contrariamente, o elenco de técnicas aplicadas às pessoas negras expressa um catálogo de maldades das mais sombrias imaginadas para dar suporte ao regime escravocrata, constituindo-se um leque ainda desconhecido na história da saúde.

TRANSPORTE TRANSATLÂNTICO DE ESCRAVIZADOS: AS CONDIÇÕES MACABRAS DO ESCRAVIZADO COMO CARGA VIVA DOS NAVIOS NEGREIROS

O transporte transatlântico de escravizados representa um dos capítulos mais sinistros da história da escravidão das Américas. Os navios transportavam até 500 escravizados, violentamente aboletados, em porões insalubres, levando de 45 a 50 dias de viagem da África para Bahia ou Rio de Janeiro. Promoveram uma violenta diáspora e transportaram entre 10 e 12 milhões de negros da África para as Américas (ALENCASTRO, 2000; PATTERSON, 2008), e nesse percurso instituíram-se condições trágicas de saúde que envolvia a primeira fase, no cativeiro de espera nos portos africanos, até os cativeiros de recepção nas Américas.

Do ponto de vista da saúde, o escravizado era transportado seguindo a lógica da política de saúde agroveterinária, em que era reduzido à condição animal e tratado como insumo agrícola, ou seja, como carga viva do tráfico nos navios negreiros, diferentemente de passageiros ou marinheiros. Como carga viva, poderiam se desfazer dela, caso houvesse necessidade diante de um risco de naufrágio durante uma tempestade. Há relatos na literatura que indicam situações em que apenas metade desses escravizados sobreviviam às condições da viagem. (PATTERSON, 2008; VERGER, 2002) Muitos faleciam com doenças diarreicas, infecciosas ou com a desnutrição e fome, e eram sacrificados e jogados no mar. Os navios negreiros, em uma viagem de 30 a 40 dias, tinham a necessidade de espaço para água potável. Com a finalidade de reduzir este espaço em troca do destinado ao transporte de escravizados, muitas vezes só era oferecido água potável a cada dois dias. (ALENCASTRO, 2000) Nesse período, muitos não sobreviviam a tanta penúria.

A SAÚDE DO ESCRAVIZADO E O MODELO DE ESTADO MONÁRQUICO E ESCRAVOCRATA

A essência aterrorizante do Estado escravocrata para a saúde dos negros não se constituía na intervenção direta, e sim na delegação da manutenção da saúde aos proprietários dos escravizados. A saúde era coisa privada, similar ao que se podia fazer em relação ao animal doméstico ou de carga. Não se tratava de omissão, mas de uma política racial sanitária de base agrônômica e veterinária destinada aos negros e inscrita na estrutura racista de todas as instituições públicas, cujas consequências nefastas persistem na estrutura da sociedade atual, configurando-se as bases do racismo estrutural atual.

A independência do Brasil de Portugal, em 1822, manteve a essência escravocrata colonial. A monarquia brasileira rompeu com a portuguesa, mas não com o regime escravocrata, tornando-se o último país das Américas a abolir a escravidão em 1888. A única citação sobre a “saúde” na primeira Constituição do Brasil em 1824 abole os açoites e o ato de ferrar o escravizado com marca de ferro em brasa, e as demais penas mais cruéis. (BRASIL, 1824) Tratava-se de abrandar a violência da escravidão – diante dos avanços dos movimentos abolicionistas, quilombolas, de rebeliões e demais estratégias de resistência e lutas dos escravizados –, para manter as pessoas escravizadas subjugadas a um modelo hediondo de natureza agrônômica e veterinária. (PENA, 2011)

O Estado fazia a intervenção na perspectiva de legislar sobre o escravizado como um produto inscrito na regulamentação fazendária aplicada como mercadoria no comércio e tráfico de escravizados. (PENA, 2011) Interessava-se apenas pela tributação para arrecadação de impostos do comércio de escravizados, e também pela segurança para reprimir as fugas dos quilombos e as rebeliões dos escravizados. Delegava, assim, a assistência à saúde do escravizado ao seu proprietário; impunha também uma lógica agrônômica e veterinária como política de Estado ao criar leis que tratavam as pessoas negras escravizadas como produto agrícola.

RESISTÊNCIA, LUTAS, REBELIÕES E FORMAÇÃO DE QUILOMBOS

A resistência dos escravizados se configurou em diversas estratégias: rebeliões; fugas; reorganizações de sociedades como os quilombos – dentre eles o Quilombo de Palmares; lutas abolicionistas; suicídios; organizações solidárias de alforrias – sob o nome de irmandades; e até mesmo greves dos escravizados de ganho no século XIX em Salvador. Tratava-se de enfrentamentos extremamente desiguais diante do Estado escravocrata e toda sua estrutura militar e jurídica, além dos capatazes e grupos armados dos senhores de escravizados.

Importante referenciar que houve inúmeras rebeliões, fugas, boicotes à violência do trabalho escravo, greves e formação de quilombos, configurando-se em diversas estratégias de lutas e de resistências dos escravizados. Temos até hoje muitos territórios quilombolas sobreviventes a essa era, e a esses 400 anos de martírio na nossa história.

REVOLTAS NA BAHIA

A Bahia foi um dos estados que mais recebeu escravizados em todo o mundo e como tal, também foi palco de grande resistência a essa condição. As revoltas do século XIX tinham várias motivações para ocorrer, sendo algumas delas relacionadas ao crescimento da atividade agrícola, associado a maior demanda de exportação, principalmente em decorrência da revolução no Haiti que acabaria com a agricultura da maior e mais próspera colônia açucareira do mundo. Conjuntamente a isso, houve uma diminuição da alimentação da população escravizada. (REIS, 1986)

Outro fator que corroborou para que houvesse uma intensificação nos conflitos foi o fato de que, diferente do que ocorria no Caribe, a população escravizada no Brasil estava em posse de médios e pequenos escravistas. Além disso, mesmo os libertos sendo minoria, ainda assim representavam grande contingente da população da época. (REIS, 1986) Em relação ao perfil dos escravizados, vinham em sua maioria de áreas do golfo de Benin – atualmente parte da Nigéria e da República Popular de Benin – pertencente às etnias nagô, jejes e hauçás egrossos de sociedades guerreiras. (REIS, 1986)

Essa origem cultural em comum traria um sentimento de coletividade ao grupo, o que permitiria uma maior coalizão e solidariedade. Havia também mais homens do que mulheres, que vinham do continente africano em relação aos nascidos no Brasil. Os primeiros estavam em uma proporção de duas pessoas do sexo masculino para uma do feminino, enquanto os últimos não havia diferença, ou era irrisória. Isso ocorria pela preferência da compra dos homens pela produtividade nos engenhos ser maior que a das mulheres. (REIS, 1986)

Esses nascidos livres foram responsáveis por essas revoltas, sendo a forma de resistência diferente dos que nasciam já escravizados. Esses últimos lidavam de forma a resistir no dia a dia, sabotando a produção, fingindo doenças, negociando com os senhores, furtando e fugindo. Inicialmente a diferença de formas de resistência foi um problema para a convivência, tornando os nascidos no Brasil também alvo das revoltas dos que vieram da África. Porém, com o passar do tempo, os que aqui chegaram também adotaram a forma de resistir no cotidiano. (REIS, 1986)

O resultado dessa resistência se deu, muitas vezes, na forma de quilombos, que foram a expressão da revolta ocorrida contra o sistema de escravidão existente. Essa revolta é caracterizada pelo seu caráter militar, tanto em estratégias, quanto em armamento. Por suas diversas motivações e propósitos e sua variedade de localizações e tamanhos, podemos considerar os quilombos como forma de resistência coletiva dos escravizados no Brasil. (REIS, 1995-1996)

A primeira conspiração das pessoas escravizadas, surge em 1807, em Salvador, não chegando a se materializar. Ainda nesse ano seria expandida a vigília para o Recôncavo Baiano, executando as lideranças religiosas que surgiam na época. Dois anos mais tarde haveria a fuga e formação de quilombos no Rio da Prata, porém, ao tentar a busca por armamento, munição e comida, foram mal sucedidos, o que resultou em perseguição, morte ou rendição. Acredita-se que parte desse grupo chegou a Sergipe, sendo responsável por começar um levante. (REIS, 1986)

Uma série de medidas punitivas tentaram conter tais movimentos, principalmente pelo governador da época, Pontes. Porém, o governante seguinte, Arcos, via tais formas de agir, com extrema crueldade e rigor, justamente o motivo para tais levantes. Com isso, usou da permissão aos cultos religiosos e festivos para dissuadir rebeliões, acreditando que assim aprofundaria as diferenças entre eles. (REIS, 1986)

Porém, sob seu governo, pelo menos três revoltas ocorreram, uma em 1814, em Itapoan, seguindo para o Recôncavo, porém, apesar de bastante marcante, pelas marcas deixadas de mortos e canaviais e casas queimadas, foram derrotados pela tropa estadual. Essa revolta tivera coordenação de João “Malomi”, a primeira evidência da influência islâmica nas revoltas. Ao seu lado, João parecia ter o Francisco Cidade que fazia a articulação das revoltas e David, o qual recebera o título de “Duque da Ilha” de Itaparica. Francisco Cidade também seria o responsável pela aliança entre os de cultura mulçumana e os da afro-brasileira. Em Iguape haveria uma outra revolta, ainda em 1814. Acredita-se que tenham vencido e se aquilombado. Em 1816 houve um outro levante – esse em sequência de uma festa – que durou quatro dias de resistência, mortes e teve fim com prisão e morte dos envolvidos, sendo um dos mais perigosos da época. (REIS, 1986)

Durante a Guerra da Independência, houve pelo menos três revoltas. Em 1822, 280 escravizados de Itaparica recusaram-se a ter um novo feitor, matando esse quando foi nomeado. A milícia local encerrou os conflitos, matando ou ferindo os envolvidos. (REIS, 1986) Diferente dessa primeira, que parecia limitada a situação local, a rebelião de São Mateus parece ter tido um caráter racial mais explícito, com pretos vindos da África (libertos ou não) se rebelando contra brancos e pretos nascidos no Brasil. O movimento seria sufocado e dois escravizados presos, um deles sendo considerado rei. O terceiro levante desse período teria sido motivado

por portugueses que queriam a retomada do local e causou uma baixa grande no exército brasileiro. Foi a revolta que teve a maior punição até então, o que aparentemente fez com que os escravizados buscassem um momento mais propício diferente daquele. (GONÇALVES, 2018)

Após a guerra, os levantes aumentaram, por verem a fragilidade surgida. Em 1824 aconteceram levantes em Ilhéus e em 1826 nas imediações de Cachoeira. Nesse mesmo ano houve a revolta do Quilombo do Urubu, porém todas foram sufocadas em algum momento. Pequenos levantes ocorreram em onda entre 1827 e 1831. Em 1835, ainda com predomínio de escravizados vindos da África, em sua maioria homens, e com as tropas brasileiras interessadas na guerra para anexar o Uruguai, houve diversos levantes na Bahia. A Revolta dos Malês foi severamente punida para servir de exemplo. Essa punição conseguiu conter algo que poderia assemelhar-se ao ocorrido no Haiti. Houve também a derrota da Sabinada. (REIS, 1986)

Além da punição, houve também a venda dos escravizados da Bahia e a diminuição do tráfico negreiro da África, com a proibição deste em 1831, apesar de não ter sido extinto. Foi criada, também, uma legislação mais rigorosa nesse período. (GONÇALVES, 2019)

Seguiu-se, então, uma época de perseguição a possíveis lideranças que surgissem, muitas vezes sem um respaldo de qualquer motivação acerca das revoltas. Com isso – somado a legislação mais rigorosa e uma união dos senhores de engenho – as revoltas decaíram a partir de 1840, adotando-se em grande parte as outras formas de resistência, através das práticas já feitas pelos escravizados aqui nascidos. (REIS, 1986)

CONCLUSÃO

Discorremos, neste capítulo, elementos históricos de fontes secundárias da literatura sobre a gestão de saúde resultantes das orientações agrônômicas, veterinária e médicas destinadas ao escravizado subjugado à violência hedionda, tendo sua vida e saúde tratada como a de um animal. Esses quatro séculos de história deixaram marcas profundas de violência que persistem na forma de racismo estrutural nos países das Américas. A invisibilidade da assustadora história do modelo agro veterinário para saúde de pessoas negras escravizadas, aqui apresentado de forma preliminar, persiste desconhecida com a ausência nas pesquisas de saúde sobre essa temática, e com a insuficiência dos museus no que concerne a estas questões. O resgate dessa memória, por mais sinistra e dramática que seja, é essencial para se construir as bases das políticas reparatórias como essência civilizatória pautada nos Direitos Humanos.

O regime escravocrata no Brasil se manteve até 1888, quanto não resistiu aos avanços do movimento abolicionista, das revoltas dos escravizados e ampliação dos quilombos, além das conquistas dos escravizados alforriados. No século XIX, mudanças no sistema produtivo desencadearam o início da industrialização no Brasil e escravizados foram usados nas fábricas nascentes principalmente em São Paulo – os denominados escravizados industriais (DAMATTA, 2003) – e na Bahia, a exemplo da indústria têxtil de Valença. Neste caso, o modelo agroveterinário foi processualmente substituído pelas abordagens emergentes de Medicina do Trabalho e da higiene industrial.

No entanto, a herança escravocrata persiste difundida na sociedade e nas suas instituições. Na presente data, narrativas racistas, com semânticas similares ao discurso agroveterinário sobre o escravizado, permanece como parte da violência cotidiana no Brasil. Como exemplo de injúria racial, a pergunta feita à uma pessoa negra “quantas arrobas ela pesa?” expressa um termo destinado à informação do peso de animais e não de seres humanos conforme pronunciado repetidas vezes pelo atual presidente do país. (BARBIÉRI, 2018) O Supremo Tribunal não condenou este crime de injúria racial, evidenciando que a herança dessa violência hedionda persiste não apenas na pessoa do presidente racista, ao não considerar pessoas negras como humanos, mas, sobretudo, no sistema judiciário que não o condenou. Persiste ainda em diversas instituições de saúde e na formação médica subjugadas à violenta desigualdade racial.

REFERÊNCIAS

ALENCASTRO, L. F. de. *O trato dos viventes: formação do Brasil no Atlântico Sul*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

ALMEIDA, M. C. du P. e. *Ensaio sobre o fabrico do açúcar*. Edição Fac-similar. Salvador: Federação das Indústrias da Bahia, 2002.

BARBIÉRI, L. F. STF rejeita denúncia de racismo contra Jair Bolsonaro. *GI*, Brasília, DF, 11 set. 2018. Política. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/09/11/stf-rejeita-denuncia-contrajair-bolsonaro-por-crime-de-racismo.ghtml>. Acesso em: 11 set. 2018.

BONNETRIE, L. de la. *Traduction d'anciens ouvrages latins relatifs a l'Agriculture & la Médecine Vétérinaire*. Paris: chez P. Fr. Didot Jeune, 1772.

BRASIL. Constituição Política do Imperio do Brazil (de 25 de março de 1824). *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 1824. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 11 jan. 2017.

BRAVERMAN, H. *O trabalho e o capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. São Paulo: LCT, 1987.

CARNEIRO, E. *Antologia do negro brasileiro*. Rio de Janeiro: Agir, 2005.

DAMATTA, R. (org.). *Profissões industriais na vida brasileira: ontem, hoje e amanhã*. Brasília, DF: Ed. UnB, 2003.

DUTRÔNE LA COUTURE, J. F. *Précis sur la canne, et sur les moyens d'en extraire le sel essentiel, suivi de plusieurs mémoires sur le sucre, sur le vin de canne, su l'indigo, sur les habitations, et sur l'état actuel de Saint Domingue*. Paris: Chez Debure, Chez De Seine, 1791. Disponível em: <https://archive.org/details/prcissurlacann00dutr/page/328>.

Acesso em: 11 jan. 2018.

FONSECA, A. C. da., sacerdote. *Manual do agricultor dos gêneros alimentícios*. Rio de Janeiro: E. & H. Laemmert, 1863.

FREYRE, G. *Casa grande e senzala*. Recife: Record, 1992.

GARCÍA CABERO, F. *Veterinaria apologetica, curacion racional de irracionales*. Madrid: Hallarase en la Libreria de Francisco Medel de el Castillo, en la Plazuela de la Calle de la Paz, 1729.

GARCIA, J. Sociologia e medicina: bases sociológicas das relações médico-paciente. In: NUNES, E. (org.). *Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 43-50.

GOMES, L. *Escravidão: do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares*. Rio de Janeiro: Globalivros, 2019.

GONÇALVES, E. C. B. Construção discursiva do ethos da autoridade institucional: poder, vigilância e revoltas escravas na Bahia. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 350-358, jul./set. 2019.

GONÇALVES, E. C. B. Leitura crítico-filológica de Resolução de 1822: revoltas, vigilância, violência e punição na Bahia do século XIX. *Filologia e Linguística Portuguesa*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 153-174, ago./dez. 2018.

(THE) INSPECTION and Sale of a Negro. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [S. l.: s. n.], [200-]. Disponível em: https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:The_inspection_and_sale_of_a_slave.jpg. Acesso em: 23 set. 2022.

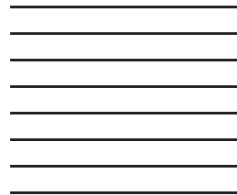
JACQUES Etienne Arago – Castigo de Escravos. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [S. l.: s. n.], [200-]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Jacques_Etienne_Arago_-_Castigo_de_Escravos,_1839.jpg. Acesso em: 23 set. 2022.

JACOBINA, R. R. Sérgio Cardozo (1858-1933): um acadêmico de Medicina abolicionista e republicano. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 94-103, 2008.

LEÃO, L. H. da C. Trabalho escravo contemporâneo como um problema de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3927-3936, dez. 2015.

- LEWKOWICZ, I.; GUTIÉRREZ, H.; FLORENTINO, M. *Trabalho compulsório e trabalho livre na história do Brasil*. São Paulo: Ed. UNESP, 2008.
- MARQUESE, R. de B. *Factores do corpo, missionários da mente: senhores letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1660-1860*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- MARQUESE, R. de B. *Moradia escrava na era do tráfico ilegal: senzalas rurais no Brasil e em Cuba*. *Anais do Museu Paulista*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 165-168, 2005.
- MAURO, F.; SOUZA, M. de. *Le Brasil: du XVe. siècle à la fin du XVIIIe. siècle*. Liège: SEDES, 1997.
- PATTERSON, O. *Escravidão e morte social*. São Paulo: EdUSP, 2008.
- PENA, P. G. L.; GOMES, A. R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELOS L. C. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de (org.). *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 85-123. Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/15557d_cdf8991c66ef4309a7ec5857edae91e.pdf. Acesso em: 11 jan. 2018.
- PENA, P. G. L. Quatro séculos de práticas agronômicas, veterinárias e médicas para o trabalho escravo nas Américas e desafios do SUS na erradicação das formas contemporâneas de trabalho escravo. In: LEÃO, L. H. da C.; LEAL, C. R. F. (org.). *Novos caminhos para o trabalho escravo contemporâneo*. Curitiba: CVR, 2021. p. 31-58.
- PEREIRA, J. C. M. da S. Práticas de saúde, doenças e sociabilidade escrava na Imperial Fazenda de Santa Cruz, da segunda metade do século XIX. *Histórica: arquivo do estado*, São Paulo, n. 35, p. 1-16, 2009. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao35/materia01/texto01.pdf>. Acesso em: 5 maio 2009.
- PÔRTO, Â. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1019-1027, out./dez. 2006.
- PHILADELPHIE. *Idée de la traite & du traitement des negres, avec l'indice des moyens d'adoucir l'esclavage, en attendant qu'on l'abolisse*. Philadelphie, 1789.
- RAMOS, A. Castigos de escravos. In: CARNEIRO, E. *Antologia do negro brasileiro*. Rio de Janeiro: Agir, 2005. p. 125-128.
- REIS, J. J. *Rebelião escrava no Brasil: a história do levante dos malês*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- REIS, J. J. Quilombos e revoltas escravas no Brasil. *Revista USP*, São Paulo, v. 28, p. 14-39, dez./fev. 1995-1996.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Ed. UNESP, 1994.
- RUFFIÉ, J. *Traité du vivant*. Paris: Flammarion, 1982.

- RUSSELL-WOOD, J. R. *Escravos e libertos no Brasil Colonial*. São Paulo: Civilização Brasileira, 2004.
- TAUNAY, C. A. *Manual do agricultor brasileiro*. São Paulo: Companhia da Letras, 2001.
- UNITED STATES. Work Projects Administration. *Slave Narratives: A Folk History of Slavery in The United States Form Interviews With Formes Slaves*. Volume XVI, Texas Narratives. United States, 2009. Disponível em: <http://www.gutenberg.org/ebooks/30576>. Acesso em: 29 set. 2022.
- VERGER, P. *Fluxo e refluxo: do tráfico de escravos entre o Golfo do Benin e a Bahia de Todos os Santos dos séculos XVII a XIX*. Salvador: Corrupio, 2002.
- WILLIAMS, G. *History of the Negro Race in America from 1619 to 1880*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1883.



8

MEDICINA E IDEOLOGIA I: INTERFACES ENTRE NAZISMO, DITADURA E BOLSONARISMO

Filipe Macedo Cordeiro

Jamile Valença Resende Mercês

Julie Matos Boeloni

Maria Clara Moreira Costa

Walter Gabriel Neves Cruz

INTRODUÇÃO

O objeto deste capítulo é analisar o posicionamento dos profissionais médicos em determinadas conjunturas políticas. Do ponto de vista do materialismo histórico-dialético, para se estabelecer uma compreensão razoável sobre algum fenômeno histórico, é necessário compreender a estrutura social vigente, entendendo as rela-

ções entre o modo de produção e as maneiras de se entender o mundo, que se dão através dos processos políticos de um tempo. E se toda tomada de posição (ou ação) exige uma reflexão, é mandatório analisar quais influências estiveram presentes no processo decisivo de determinados grupos, como os profissionais médicos.

Para analisar certos “processos reflexivos”, podemos recorrer a um dos significados do termo “ideologia”. Apesar de ser dotado de polissemia, é possível analisá-lo a partir de definições estabelecidas por estudiosos do assunto. Aqui recorreremos ao significado sintetizado por Perrusi (2015), segundo o qual a ideologia pode ser compreendida como uma mentalidade sistemática característica de uma classe social, um campo ideativo de produção de significados particulares da vida social, que é costumeiramente transposto para as demais posições de classe subalternas a essa, com o objetivo de garantir a coesão social necessária para manutenção dessa mesma estratificação de classes. No mesmo sentido, Marx e Engels (2007, p. 47) declaram ainda que “as ideias da classe dominante são, em cada época, as ideias dominantes”. Essa transposição costuma ocorrer porque o aparato ideológico que compõe a cultura, as artes, a mídia, as religiões, e qualquer outra forma de arsenal discursivo totalizante que constitui a produção espiritual de uma sociedade, está a serviço da classe dominante.

As alternativas discursivas dos dominados e explorados estão presentes nesses campos culturais, mas em menor medida, constituindo a disputa sobre o que deverá ser entendido enquanto “verdade” histórica, ao fim desse choque entre classes antagônicas. A *contra-hegemonia*, portanto, surge como antítese histórica da ideologia dominante e traz um caráter dinâmico às últimas. De maneira complementar, Chauí (1985) aponta que a ideologia é inseparável das relações sociais de produção, pois os conjuntos de ideias nascem a partir das atividades materiais. Como elas são economicamente impostas, a predominância da ideologia dominante é a regra da socialização nas relações de trabalho.

Ademais, há também o conceito clássico de que a ideologia é uma “falsa consciência”. (MARX; ENGELS, 2007) Entretanto, essa falsidade não significa que as ideias da classe dominante sejam necessariamente mentirosas – embora costumem ser –, mas que a consciência de determinado indivíduo não foi originada por si só, neutra e destacada dos determinantes históricos das relações sociais. O ideólogo é, portanto, o reproduzidor das ideias hegemônicas, que não consegue determinar a origem racional do seu ideal, embora esse esteja travestido de originalidade, racionalidade e neutralidade. Essa máscara de originalidade, de consciência verdadeira e racionalidade facilita os processos de alienação, pois, geralmente, os que mais se encaixam na narrativa ideológica dominante são justamente aqueles que menos reconhecem a necessidade da crítica e do desprendimento desse tipo de mentalidade.

É fundamental entender a ideologia não como um conceito etéreo, presente apenas nas racionalidades inacessíveis e invisíveis de cada um, mas como estrutura concreta, presente e historicamente ativa. Como exemplo, podemos citar a situação da Índia, cujo sistema de castas, associado à interpretação religiosa hindu, justifica, por meio da espiritualidade, a baixa mobilidade social e as dificuldades históricas de redução das desigualdades nesse país. (VILA NOVA, 2016) Na contramão desse exemplo, movimentos ideológicos contra hegemônicos às ideias da classe dominante também são capazes de influir no campo do real. Vale lembrar que as revoluções liberais europeias, que deram fim ao absolutismo monárquico a partir do século XVII, dependeram diretamente da legitimação de certas ideias para a qual contribuiu o movimento cultural-filosófico-político (ou simplesmente ideológico) iluminista, pouco tempo antes e durante as convulsões sociais. (HOBSBAWM, 1996)

Dado esse caráter historicamente ativo da ideologia, para se entender os processos decisórios levados a cabo por profissionais médicos, é preciso verificar os aspectos que constituem a ideologia médica e como ela tem se consagrado. Contemporaneamente, os médicos ocupam duas categorias que julgamos interessantes para esta análise: são integrantes da elite socioeconômica brasileira, o que favorece que herdem suas peculiaridades e vícios. Além disso, constituem um corpo profissional com normas corporativas e que desenvolveu, ao longo da história, uma significação especial do seu próprio processo de trabalho.

Em relação ao primeiro aspecto, temos que, ao lado de pequenos empregadores, gerentes, supervisores, juristas e outros trabalhadores qualificados, os profissionais médicos fazem parte das classes média e alta da população brasileira. Não apenas em termos de renda, mas também por se situarem em uma posição intermediária entre os grandes proprietários dos meios de produção, e a massa trabalhadora assalariada, no tocante à qualidade de vida e aos horizontes de oportunidades de mobilidade social. Como não estão diretamente ligados ao processo produtivo, gozam de certos privilégios em relação à massa trabalhadora, entretanto, estão afastados dos espólios sugados pelos grandes empresários. (SCALON; SALATA, 2012)

Uma vez que não detém o grande capital econômico para reprodução dos seus privilégios, Souza (2018) aponta que o principal ativo da classe média é a sua qualificação, que a permite ocupar espaços econômicos pouco acessíveis à massa sem o mesmo nível educacional. O privilégio de deter conhecimento valorizado é justamente o que consolida a sua posição enquanto classe. Outra característica especialmente inculcada, é que, na busca pela manutenção dos seus privilégios, a classe média busca se distanciar das classes subalternas, o que permite “a fide-

lidade e subserviência dos estratos médios em relação aos estratos superiores”. (SOUZA, 2018, p. 67)

A ideologia assumida pela classe média se insere nesse contexto. A despeito dos ganhos de renda, durante o governo lulista, a mentalidade de setores dessa classe não hesitou em rechaçar a concomitante ascensão das classes mais desfavorecidas. Tal insatisfação ficou clara, por exemplo, por meio da alta rejeição às políticas que buscavam democratizar o acesso às universidades públicas, tornando o ensino superior mais acessível às camadas pobres da população. Além da demonização da normatização do trabalho das domésticas e do apoio ao golpe jurídico-parlamentar, sob a bandeira moral do combate à corrupção, protagonizada pelos atores questionáveis da “Operação Lava-Jato”. (SOUZA, 2018) Especificamente no ambiente profissional médico, essa necessidade de distanciamento da “ralé” alia-se ao ideário da meritocracia, especialmente fortalecido após o desafio da formação médica, que justificaria os privilégios desses indivíduos.

Há de se considerar que os profissionais médicos, por atuarem sobre um ativo de valor incalculável – a vida – desfrutam de um particular prestígio simbólico e financeiro na sua ação laboral, que os coloca em uma posição mais privilegiada até mesmo dentro da classe média. Nesse sentido, é comum o imaginário popular de que uma profissão que pode minimizar o sofrimento e salvar vidas só poderia ser exercida por seres imaculados, humanizados, que se sacrificam pelo bem alheio, generosa e solidariamente. Ao mesmo tempo, seriam donos do saber biológico, aqueles que já chegaram à verdade científica. (SADER, 2014)

A segunda categoria de análise volta-se para o fato de que a Medicina, enquanto classe profissional, é tida como corporativista, isto é, dotada de uma unidade própria com vistas à defesa dos seus interesses, a manutenção da sua autonomia e da relevância social, política e laboral que detém. É notável a atuação das associações, sindicatos e conselhos, no sentido de influenciar o poder público na gestão de saúde, sempre buscando proteger a demanda de mercado por médicos. (MENEGAZ, 2013)

Nesse sentido, o posicionamento da categoria contra o programa Mais Médicos, e especialmente com relação aos médicos provenientes de Cuba, pode ser entendido a partir de uma soma de fatores. Se, por um lado, os interesses da classe profissional foram ameaçados pela chegada de “concorrentes” que ocuparam vagas de trabalho anteriormente vazias e seguramente disponíveis, por outro, a ideologia conservadora típica da classe média, o elitismo, a xenofobia, o racismo e a forte rejeição ao regime cubano também contribuem para tal rejeição, bastante ilustrativa da mentalidade médica brasileira contemporânea. (FREIRE, 2013)

O caráter conservador, elitista e racista pode ser explicado a partir do princípio já supracitado: a ideologia depende do espaço e do papel social que os indivíduos

ocupam. Quem são, portanto, os médicos? Em sua maioria, são trabalhadores do setor privado, com quatro vezes mais participação nele do que no Sistema Único de Saúde (SUS). Estão, predominantemente, em grandes centros urbanos, afastados das regiões com maior necessidade do seu trabalho. Apesar da recente política de cotas raciais, o perfil é majoritariamente branco, com histórico de educação privada e apoio financeiro da família. (SOUZA et al., 2020)

Desse quadro, é natural que a extrapolação dos valores cultivados na formação do indivíduo de classe média para a categoria médica ocorra. Como toda análise sociológica, não há pretensão de realizar simplificações da realidade e afirmar que todos os médicos adotam uma doutrina liberal-conservadora, elitista e corporativista, embora seja evidente que o predomínio desses traços ideológicos, especialmente nas instituições representativas, explique as movimentações da categoria enquanto grupo social. Assim, vale citar que propostas alternativas e contra hegemônicas disputam lugar com a narrativa dominante, tal como as associações e coletivos influenciados por certos ideais do movimento sanitarista, essencial na defesa de uma perspectiva pró-cuidado e na criação e consolidação do SUS.

Um outro aspecto importante ao considerar a ideologia médica é que, imbuído do caráter científico do seu agir, a Medicina muitas vezes se mostra neutra, protegida pelo método científico. Entretanto, como já dito, a neutralidade é uma armadilha ideológica, pois costumeiramente é sinônimo de ausência de crítica. É inegável que certos artifícios metodológicos buscam anular os pressupostos pessoais do pesquisador que foram gerados em um certo contexto social, minimizando vieses de análises e realmente se comprometendo com a busca de uma verdade útil ao desenvolvimento tecnológico e humano. Porém, até a forma com que esses achados são apropriados e divulgados depende da ação da classe dominante, a qual é proprietária do aparato financiador e editorial que consagra as pesquisas e seus achados.

Como veremos no decorrer do capítulo, os papéis desempenhados pelos médicos em certos contextos políticos asfixiam a tese de que a “ciência” médica é neutra. Um exemplo particularmente incômodo para história da Medicina no Brasil foi a legitimação da proposta de embranquecimento da população, em meados do século XIX, vista por certos médicos como a única salvação possível para o suposto prenúncio científico de que uma nação mestiça de “degenerados” tenderia ao fracasso inevitável. (ODA; DALGALARRONDO, 2000) O papel legitimador da ciência pode ser utilizado como ferramenta discursiva da classe dominante, independentemente do método utilizado. Não é por acaso que a tese de Nina Rodrigues, somando-se a de outros estudiosos, serviu para endossar a política de imigração europeia e certos pressupostos higienistas que versavam sobre a popu-

lação negra e “mestiça”. Enquanto isso, sobre a mesma questão, os argumentos contrários aos mencionados colocados pelo psiquiatra baiano Juliano Moreira ecoaram atingindo alguns intelectuais da época. Sobre o serviço que a ciência pode prestar à ideologia dominante, Mészáros (2004, p. 14) afirma que:

Naturalmente, aqueles que aceitam tacitamente a ideologia dominante como a estrutura objetiva do discurso ‘racional’ e do ‘erudito’ rejeitam como ilegítimas todas as tentativas de identificar as suposições ocultas e os valores implícitos com que está comprometida a ordem dominante.

Para além do risco de estar a serviço de uma ideologia em nome de uma suposta ciência legitimadora, a ausência de crítica é fundamental na cooptação política dos atores neutros.

É importante considerar que a Medicina, enquanto proponente do cuidado e da saúde, já cumpre, no bojo da sua ação, um papel político, visto que há ideologias “anticuidado”. Quando um médico não tem ciência disso, torna-se vulnerável ao desmonte do objetivo fundamental de sua profissão e se imbrica na contração do seu papel profissional. Segundo o juramento de Hipócrates, o papel da Medicina é aplicar os regimes para o bem doente, nunca para causar dano ou mal a alguém.

Afinal, como puderam esses seres reconhecidos por muitos como “generosos” se colocarem à serviço da máquina de extermínio nazifascista? Como puderam os promotores do cuidado endossarem a perseguição política na ditadura empresarial-militar brasileira? Como é possível que a categoria médica assumira uma posição de inanição frente aos desmandos do governo Bolsonaro que insiste em piorar uma situação de pandemia, sob a bandeira do negacionismo científico?

MEDICINA E NAZISMO

Para se compreender a atuação dos médicos durante o regime nazista, é importante compreender alguns aspectos da referida ideologia e seus desdobramentos. Uma das características evidentes e importantes de qualquer regime fascista é a rejeição à democracia e seus princípios, o que justificou a existência do nazismo como um regime autocrático. No regime nazista essa compreensão foi construída por meio da associação forte entre democracia e corrupção, que não apenas redirecionava o descontentamento da população com a corrupção governamental para uma aversão ao regime do estado, mas também blindava aqueles que eram antidemocráticos contra as acusações de corrupção. Acerca do assunto, o historiador Richard Grunberger diz, no livro *The 12-Year Reich*:

Era uma situação paradoxal. Tendo incutido na consciência coletiva que democracia e corrupção eram sinônimos, os nazistas começaram a construir um sistema governamental ao lado do qual os escândalos do regime de Weimar pareciam pequenas manchas no corpo político. A corrupção era, de fato, o princípio organizador central do Terceiro Reich, e, no entanto, muitos cidadãos não apenas ignoravam esse fato como, na verdade, consideravam os homens do novo regime como austeramente dedicados à probidade moral. (GRUNBERGER, 1995, p. 90)

Outra característica marcante do nazismo, enquanto ideologia, era o seu caráter fortemente anticomunista. Aqui fica nítida a disputa entre duas ideologias diferentes para determinar qual narrativa se concretiza como a visão que um povo tem da sua realidade. Na visão marxista, a sociedade se dividiria entre trabalhadores e patrões, que travam uma incessante luta de classes. Já a ideologia nazista tentava pregar a organização da sociedade de outra forma, que se materializava por meio do antissemitismo e do ufanismo. Esses eram utilizados como base para a construção de uma mentalidade de “nós-contra-eles”, em que se estabelece um “nós” – vitimizado – que deve se proteger, lutar e até mesmo guerrear contra o “eles”, em nome de sua dignidade. (STANLEY, 2018) Nesse caso, o “nós” se referia à raça ariana alemã, e o “eles” aos judeus, polacos, ciganos, negros e outras minorias sociais étnicas. Os judeus foram culpados por diversos problemas sociais e econômicos enfrentados pela nação germânica, o que alimentava a crescente aversão dos alemães não judeus por eles. Tal aversão culminou em processos de desumanização dos judeus, cuja eliminação passou a ser vista como uma etapa necessária para a conquista da grandeza a que a raça ariana alemã – declarada pela ideologia nazista, com apoio de um racismo científico bem estruturado, como a raça superior a todas as raças –, teria direito. Outro ponto fundamental da ideologia nazista era a Teoria do Espaço Vital, que dizia respeito ao território necessário para que uma nação se desenvolvesse ao seu máximo. Ao pregar que os arianos deviam dominar mais espaço para se desenvolver adequadamente, fomentava-se a invasão e tomada de territórios vizinhos pelo Terceiro Reich (nós), “conquistados” das mãos de povos vistos como inferiores e rivais (eles). (ALMEIDA, 2016)

Como produto da ideologia e do regime nazista, surgem os campos de concentração, dos quais destacamos aqui o campo de Auschwitz. Fundado na periferia da cidade polaca Oświęcim, invadida pelos alemães, o campo de extermínio surgiu para manter os cidadãos poloneses que eram presos pela polícia nazista, assim como diversos campos de concentração existentes no Terceiro Reich desde o início dos anos 1930. (ŚWIEBOCKA et al., 2008) Esse fato nos lembra que fundamentalmente os campos de concentração nazista eram campos de trabalho

forçado, mantendo presos políticos e outros grupos perseguidos pela ideologia nazista como a força produtiva que impulsionava a expansão da Alemanha.

A partir disso, se compreende a primeira função que a “classe” médica desempenhava dentro dos campos de concentração: a assistência médica propriamente dita. Tanto os médicos da SS (Esquadrão de Proteção – *Schutzstaffel*) quanto médicos que estavam sendo mantidos como prisioneiros atendiam às demandas de saúde dos presos nos campos de concentração. Essas demandas eram diversas já que as condições sanitárias dentro dos campos eram deploráveis e, por isso, inúmeras pessoas que morreram presas nos campos pereceram por doenças como tifo e tuberculose. (LEVI; DE BENEDITTE, 2015) Mas o aspecto particular do papel desempenhado pelos médicos nesse cenário é que a função deles ao prestar assistência nos campos não era promover saúde e bem-estar para a população sob seu cuidado, mas sim assegurar a manutenção de uma força de trabalho que sustentava o regime nazista. Isso se evidencia no protocolo padrão de que qualquer preso que não fosse curado e retornasse ao trabalho dentro de quatro semanas era encaminhado diretamente para ser exterminado, já que mantê-lo vivo não era mais lucrativo.

O mais perturbador desse cenário é que tanto os médicos nazistas quanto os que eram prisioneiros desempenhavam essa função. Mesmo aqueles que eram oprimidos e mortos pelo regime nazista o serviam no seu ofício ao assegurar que a mão de obra que sustentava o Terceiro Reich estivesse trabalhando. Esse é um exemplo, evidentemente extremo, de como o papel da Medicina pode facilmente se corromper dependendo da ideologia dominante que opera por trás de todas as suas ações.

Apesar de surgir inicialmente como apenas um campo de trabalho forçado para presos políticos, a partir de 1942, Auschwitz vai se transformando num campo de extermínio, com diversos judeus sendo encaminhados até o lugar para serem executados. (ŚWIEBOCKA et al., 2008) Aqui é essencial frisar o protagonismo médico dentro da política de extermínio presente nos campos, tendo-se em conta que médicos estavam ativamente presentes em todos os estágios desse processo. Quando os presos chegavam nos trens, médicos da SS se encaminhavam para as rampas de desembarque para examinar rapidamente os recém-chegados e avaliar quais deles não tinha condições de trabalhar, a exemplo de idosos, doentes e grávidas. Após serem selecionados para o extermínio, esses presos eram conduzidos, dentro de ambulâncias dirigidas por médicos, usualmente para as câmaras de gás, onde médicos supervisionavam as suas mortes para garanti-las. (ŚWIEBOCKA et al., 2008) Fica evidente mais uma vez a função dos médicos em operar como mantenedores da força de trabalho, permitindo que vissem apenas aqueles que podiam produzir. Essa seleção de presos era um processo constante, com os pri-

sioneiros frequentemente sendo reunidos nos campos para passar por inspeções médicas que avaliavam sua capacidade laboral, garantindo um fino equilíbrio entre trabalho e extermínio que mantinha os campos de concentração altamente produtivos. O assassinato constante reafirmava o domínio que os nazistas tinham sobre aqueles que subjugavam, e deixava evidente que a única alternativa à morte era o trabalho árduo.

Entretanto, nem todos os presos incapazes de trabalhar eram imediatamente encaminhados para as câmaras de extermínio, já que alguns deles eram utilizados em experimentos pelos médicos dos campos. Esses experimentos passavam por cima de qualquer noção de dignidade humana, respeito à vida e proteção pela saúde das cobaias, que eram constantemente torturadas e mortas nesses estudos. Os experimentos eram conduzidos exclusivamente por médicos da SS, mas eventualmente um prisioneiro do ramo médico era recrutado para assistir o cientista nas experiências. Homens e mulheres judias eram esterilizados à força com irritantes químicos e raios-X, presos eram torturados em experimentos de genética para comprovar a “superioridade” da raça ariana, entre outras atrocidades. Os experimentos também atendiam a interesses de empresas nazistas, com diversos presos sendo utilizados em testes farmacêuticos profundamente antiéticos para os padrões atuais. (HÖSS; BROAD; KREMER, 2011; LEVI; DE BENEDITTE, 2015; NYISZLI; AUDERO BOTTERO; PIPER et al., 2011)

Para além dos interesses do Terceiro Reich, médicos também tinham liberdade para investigar temas que lhe interessassem, como era o caso de Johann Paul Kremer, que realizou diversas experimentações no campo da nutrição, deixando presos sem alimentação até sua morte para avaliar o efeito da fome no corpo humano, por exemplo. Todavia, o mais infame médico a realizar experimentos em campos de concentração foi Josef Mengele. Conhecido como o “Anjo da Morte”, Mengele se tornou uma figura de destaque por sua presença constante nas rampas de seleção, à procura de cobaias para seus experimentos com gêmeos. Ao longo de sua atuação nos campos de Auschwitz, Mengele mutilou e assassinou diversos gêmeos judeus e ciganos em suas experiências. (ALMEIDA, 2016) O “Anjo da Morte” escapou por 34 anos da justiça aplicada a diversos dos médicos condenados após o fim da Segunda Guerra e faleceu em São Paulo em 1979, por afogamento.

O conjunto desses relatos nos permite perceber que torturar e exterminar não era um anexo às funções dos médicos em campos de concentração, mas a essência de seu trabalho. Profissionais que um dia se dedicaram a preservar a saúde e prolongar a vida estavam trabalhando ativamente para matar milhões de seres humanos. O que permitiu tamanha atrocidade, contudo, foi justamente a perda da humanidade de todos os presos nos campos de concentração aos olhos dos médicos nazistas. Anos de propaganda nazista e construção cuidadosa da mentalidade

“nós-contra-eles” permitiu que ao olhar para as pessoas que estavam prestes a condenar a morte ou aos mais diversos tipos de tortura, aqueles médicos não enxergassem seres humanos. A experiência do que ocorreu em Auschwitz e em todos os campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial nos alerta para o poder que um discurso ideológico efetivamente implementado pode ter sobre a mentalidade de toda uma nação, fazendo com que pessoas comuns, cientistas, militares, médicos e simples cidadãos fossem capazes de assassinar milhões de seres humanos com a plena convicção de que suas ações são justificáveis.

MEDICINA E DITADURA MILITAR NO BRASIL

Após a queda da Alemanha nazista, o terror e a forte rejeição ao comunismo permaneceram em vários países, incutidos e alimentados pelos governos que desejavam manter a ideologia de luta de classes e a revolta dos trabalhadores contra os patrões longe de suas terras. Lugares como os Estados Unidos, Inglaterra, e outros países do oeste europeu se aliançaram em prol de fortalecer e manter a máquina do capitalismo, lutando contra a crescente União das Repúblicas Socialistas Soviéticas em um conflito de interesses e guerras indiretas em um período marcadamente dualista denominado de Guerra Fria. Enquanto as grandes potências comandavam, nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, guerras, conflitos, e golpes de governos autoritários ocorriam por todo o globo. Na América do Sul, principalmente, surgiram diversas ditaduras, entre elas, a Ditadura Militar brasileira, cujos ideais alinhados com o “lado Ocidental” da luta eram fortemente anticomunistas. É importante que analisemos o cerne desse governo e suas formas de opressão para compreender os papéis e motivações dos médicos envolvidos em seu mecanismo.

O Golpe de 1964, como ficou conhecido, ocorreu após o vice-presidente João Goulart assumir a presidência em decorrência da renúncia de seu predecessor, Jânio Quadros. Goulart era conhecidamente um político de esquerda, se apoiando nos ideais marxistas, os quais estavam presentes em suas decisões – como a nacionalização de refinarias de petróleo e a expansão da democracia ao garantir o voto aos analfabetos em reformas eleitorais. Em resumo, era exatamente o que não interessava às elites, influenciadoras do aparato de violência estatal, nem ao Exército, que forçou Jango a abandonar o poder por meio de um golpe de Estado, com o decreto do primeiro dos Atos Institucionais, o AI-1, o qual permitiu que o general Humberto de Alencar Castelo Branco assumisse a presidência, sendo o primeiro presidente da República do período da Ditadura Militar.

Em 13 de dezembro de 1968, o Ato Institucional 5 (AI-5) (BRASIL, 1968) foi emitido, no governo do general Artur da Costa e Silva. O quinto dos decretos emi-

tidos até então, e o mais aterrorizante em suas leis e permissões autoritaristas, entregava ao governo e ao Exército o direito de atuar diretamente na opressão de qualquer ideologia ou pensamento contrário ao do governo vigente. O AI-5, na visão das historiadoras Lilia Schwarcz e Heloísa Starling (2015, p. 455), “[...] era uma ferramenta de intimidação pelo medo, não tinha prazo de vigência e seria empregado pela ditadura contra a oposição e a discordância”. As consequências do AI-5 se mostraram uma forma de aniquilação da democracia, já que o decreto previa: o direito do presidente da República de fechar o Congresso Nacional e as Assembleias Legislativas; a censura prévia de obras como filmes, músicas e peças teatrais, e também a censura da imprensa; além da suspensão do *habeas corpus* por crimes de motivação política. O último abriu caminho para todas as atrocidades denunciadas e registradas na Comissão Nacional da Verdade (CNV), em 2011, e no projeto Brasil Nunca Mais, realizado de forma clandestina em 1985. Tais leis marcaram o início de um período de terror no país para qualquer um que não concordasse com a forma como a democracia era dilacerada e assassinada pelas autoridades e ousasse se manifestar publicamente, ou tentasse trazer mais pessoas para a causa. Nomes importantes como Caetano Veloso e Gilberto Gil participaram das vozes de resistência, e assim como vários outros, estiveram em cárcere por lutar por seus ideais.

Segundo o AI-5, qualquer reunião não autorizada pela polícia poderia levar os indivíduos à prisão, assim como defender os ideais marxistas, ou sequer demonstrar ser contra a ditadura. “Tortura, mortes e desaparecimentos” é o nome de um dos capítulos do quinto tomo do *Brasil: nunca mais* (2014), e descreve bem qual era o destino dos detidos pela polícia, fosse em manifestações e guerrilhas ou simplesmente na caminhada de volta para casa depois de comprar pão. Se os investigadores desconfiassem ou soubessem do envolvimento de alguém em movimentos como a Intentona Comunista, por exemplo, essa pessoa talvez nunca mais retornasse para sua casa ou para sua família. O período sombrio foi palco da perseguição, morte e tortura de opositores do regime, vistos como subversivos.

Essas barbaridades realizadas por agentes do governo, no entanto, não foram apenas contra pessoas envolvidas na luta contra a ditadura. Mesmo sem provas, famílias inteiras participavam de interrogatórios, milhares de indígenas foram torturados e o principal mote dos militares era o argumento de “acabar com o inimigo antes que ele adquirisse capacidade de luta”. O desaparecimento do jornalista Vladimir Herzog é um grande exemplo emblemático dos horrores da ditadura no país: ele foi capturado, torturado e morto pelos militares – à época, a versão dos militares dizia que Herzog havia cometido suicídio e, apenas em 2013, sua morte foi reconhecida como consequência de tortura.

Não muito tempo depois do AI-5, foram criados e institucionalizados o cenário de todo o horror: os Destacamentos de Operações de Informação – Centro de Operações de Defesa Interna (DOI-CODI). Os DOI-CODI eram os campos de concentração dos prisioneiros políticos brasileiros – excetuando-se o caráter de trabalho forçado dos campos nazistas. Era em seu interior que ocorriam o que as instituições militares brasileiras tentaram esconder por tanto tempo: as humilhações, os interrogatórios, as torturas e execuções, as desumanidades cometidas tanto por militares quanto pelo principal objeto de estudo neste capítulo: os médicos.

Por conta da transigência com os atuantes durante a ditadura, o Brasil foi um dos últimos países da América Latina a organizar a própria Comissão Nacional da Verdade (CNV) (oficialmente instalada em 16 de maio de 2012). Durante essa investigação, 377 agentes foram apontados e responsabilizados por crimes de Estado cometidos durante o período da ditadura; entre eles, 53 médicos (o correspondente a 13,8% do total de denunciados) e outros profissionais de saúde. Os números brasileiros se tornam ainda mais assustadores quando comparados aos contabilizados pelo Tribunal de Nuremberg: na Alemanha, foram julgados 23 profissionais de saúde, sendo 20 deles médicos. (COMISSÃO NACIONAL DA VERDADE, 2014) Já no Brasil, além dos 53 nomes denunciados na CNV, o livro *Brasil: nunca mais* (2014) registra mais 110 apenas em São Paulo e Rio de Janeiro, o que indica uma quantidade muito maior do que a que consta na lista da CNV.

Assim como nos campos de concentração nazistas, o papel desses médicos não era uma representação do cuidado e bem-estar dos prisioneiros, mas uma ferramenta aliada aos militares para a tortura utilizada nos interrogatórios de forma não ocasional, mas de maneira sistemática. (BRASIL..., 2014) Segundo relatos recolhidos tanto pelo livro quanto pela CNV, vários médicos e enfermeiros assessoravam o trabalho dos algozes.

João Alves Gondim Neto, à época com 25 anos, relatou sua experiência durante o período preso por ser militante comunista:

Enquanto estava no quartel 23 BC (Fortaleza), foi visitado por alguém que estava examinando todos os prisioneiros [...] urinando sangue, devido às pancadas nos rins; que a referida pessoa (que ele acreditava ser um médico) não apenas se omitiu quanto à medicação ao interrogando, como também orientou no sentido de esclarecer aos torturadores quais os locais do corpo do interrogando que poderiam ser flagelados sem que resultassem vestígios. (BRASIL..., 2014, p. 230)

Semelhantes aos relatos de João Gondim, existem vários outros registrados. São aproximadamente 2 mil denúncias feitas pelos presos políticos na Justiça

Militar, e em várias delas há a participação de médicos, seja na prática de tortura, ou na reanimação dos torturados, confirmando aos algozes se suportariam por mais tempo ou não. Além disso, médicos cometeram vários outros crimes como alteração de certidões de óbito e recusa de atendimento a prisioneiros políticos, como no caso de Criméia Alice Schmidt de Almeida, à época guerrilheira do Araguaia, com 26 anos de idade, grávida:

No dia 11 de fevereiro, à noite, entrei em trabalho de parto. Solicitei um médico que só chegou pela madrugada e me encaminhou ao Hospital de Base. Lá, o médico disse que não estava na hora do parto, recomendou que me colocassem na enfermaria do presídio e aplicou um antibiótico. Os militares me levaram de volta, não para a enfermaria, mas para a cela, onde havia muitas baratas, e como o líquido amniótico escorria pelas minhas pernas elas me atacavam em bandos. Já que os militares não tomavam nenhuma medida, depois do almoço comecei a gritar desesperadamente. Os outros presos fizeram coro e no fim da tarde me levaram para o hospital da Guarnição. [...] À noite o obstetra, Doutor Trindade, médico oficial do Exército, disse que eu estava em trabalho de parto, mas como ele não estava de plantão, então só faria a cesariana no dia seguinte. Reclamei que meu filho poderia morrer e ele respondeu: 'É melhor! Um comunista a menos'. (GARBOIS, 2014, p. 276)

O mais revoltante acerca dos relatos e das denúncias é a perceptível anuência de vários profissionais de saúde com a barbárie cometida. Muitos deles, principalmente aqueles responsáveis por falsificações de certificados de óbitos (os quais eram sinalizadas com T – terroristas ou S – subversivos), poderiam estar sendo ameaçados pelas forças armadas, assim como vários médicos nos campos de concentração eram obrigados a agir contra seus semelhantes. Os relatos como os de Criméia Alice, no entanto, não permitem tal hipótese justificadora, pois evidenciam como a defesa doentia de uma ideologia pode levar mesmo os que juraram a não maleficência a serem agentes de agressão. Da mesma forma que os médicos nazistas acreditavam na falta de valor dos judeus, homossexuais e qualquer um que fugisse do ideal ariano, os médicos algozes acreditavam que qualquer militante comunista fosse indigno de direitos humanos básicos, de cuidado e merecedores de todo o sofrimento pelo qual passaram.

É importante resgatar e analisar a história da ditadura no Brasil para que nos lembremos que as atrocidades ocorridas nos campos de concentração da Alemanha nazista – que chocam à mera menção – não se limitaram à Europa e muito menos foram superadas pelo passar do tempo. O Brasil hospedou torturas e extermínio durante um extenso período aterrorizante e, diferente dos cometidos

pelo Estado alemão, os crimes investigados pela CNV não foram julgados e apenas oito médicos relatados pelo *Brasil: nunca mais* (2014) foram cassados, tendo as penas suspensas por liminares. Essas histórias são um alerta para que nos lembremos do dano que podem causar os considerados “heróis da nação”, formados e juramentados a proteger e cuidar, quando um discurso ideológico está entranhado em suas ações e convicções, convencendo-os de que estão fazendo o “melhor” para a humanidade ao “exterminar pela raiz” a suposta origem de todos os problemas.

MEDICINA E BOLSONARISMO

Nós criamos o nosso mito. O mito é uma fé, uma paixão. Não é necessário que ele seja uma realidade... Nosso mito é a nação, nosso mito é a grandeza da nação! E a esse mito, essa grandeza, que queremos transformar numa realidade total, subordinamos tudo. (MUSSOLINI, 1922 apud STANLEY, 2018, p. 11)

Compreender o pacto antipopular e fascistóide do qual a classe média fez parte desde a ascensão da extrema direita brasileira é fundamental para analisar a história recente da Medicina praticada no Brasil. Nesse sentido, deve-se observar que a construção simbólica de um passado glorioso é, categoricamente, uma das égides da retórica nazifascista desde seus primórdios no século XX. Em 1922, Benito Mussolini proferiu tal fala em um Congresso Fascista na cidade de Nápoles e explicitou a funcionalidade do discurso mítico acerca do passado para a condução de um presente ainda que este seja marcado por autocracia e violência. No Brasil, o bolsonarismo não atua de forma muito diferente:

Perderam em 64, perderam agora, em 2016. Pela família e pela inocência das crianças em sala de aula, que o PT nunca teve [*sic*], contra o comunismo, pela nossa liberdade, contra o foro de São Paulo, pela memória do coronel Carlos Alberto Brilhante Ustra, o terror de Dilma Rousseff, pelas Forças Armadas, por um Brasil acima de tudo, por Deus acima de todos. (BOLSONARO, 2016 apud CARREIRA, 2019)

Em 2016, na Câmara dos Deputados, o atual presidente da República Jair Messias Bolsonaro, então deputado federal pelo Partido Social Cristão (PSC), proferiu tais palavras durante seu voto a favor do *impeachment* de Dilma Rousseff. Durante sua carreira política inúmeras foram as vezes que Bolsonaro teceu comentários nostálgicos à Ditadura Militar brasileira. (CARREIRA, 2019) O resgate

da memória do coronel Brilhante Ustra, com a ciência de seu envolvimento em práticas de tortura – “o terror de Dilma Rousseff” – evidencia que a cultura bolsonarista se ergue sob o anseio de retorno a um passado mítico e sob a violência aberta e disseminada contra seus opositores.

Para além da evocação de uma narrativa acerca do passado repleta de misticismos e idealização, há outros fatores estruturantes do fascismo como um movimento ideológico e político, bem como uma forma de governar, de operar o Estado. Dentre eles, tem-se a propaganda, como o meio pelo qual é disseminado um discurso obscuro quanto à sua real intenção, e o nacionalismo. Este último, compreendido anteriormente como constituinte da ideologia nazista, se estabelece em uma dinâmica de contraposição do “nós” – do grupo celebrado enquanto nação – ao “eles” – os que devem ser ostracizados e vilanizados. O “eles”, então, assume o papel do grande culpado pela situação desfavorável, seja ela econômica, política ou social do “nós”. (STANLEY, 2018) No caso brasileiro, isso se deu de forma exemplar desde o ano de 2013, quando o atual presidente e então deputado federal Jair Bolsonaro passou a ganhar mais notoriedade.

Desde então, Bolsonaro e as camadas mais conservadoras da sociedade, com apoio midiático, passaram a construir a narrativa antipetista na qual as administrações do partido (2003-2016) foram as responsáveis por tamanha corrupção e decadência moral, pela valorização de grupos marginalizados, e que caberia qualquer intervenção para tirar este “eles” do poder. Na base disso tudo há uma manipulação de emoções tão guturais que o resultado é o medo, a raiva e o ressentimento direcionados de forma violenta aos seus opositores. (SOUZA, 2019) Tal dinâmica se evidencia, por exemplo, na infame palavra de ordem dita por Bolsonaro, em campanha eleitoral no ano de 2018 no estado do Acre: “Vamos fuzilar a petralhada aqui do Acre, hein?”. Na época, essa fala foi ovacionada pelos presentes no evento e tal reação apenas reforça como a propaganda e a retórica do ódio se dissemina e ecoa pelos indivíduos. (RIBEIRO, 2018)

No Brasil, o fenômeno do bolsonarismo atingiu de uma maneira ou de outra todas as classes sociais. Por meio de diferentes enfoques e discursos, da elite econômica do país até as classes mais baixas, muitos foram conquistados pela retórica anticorrupção, moralista e conservadora da extrema direita brasileira. Contudo, vale a pena, ainda que brevemente, discorrer sobre os processos pelos quais a classe média entrou em consonância com Bolsonaro. Para o pesquisador Jessé Souza, em *A classe média no espelho*, o processo de assimilação da narrativa fascista se dá justamente pela incompreensão da origem das problemáticas e então, pela aceitação de uma explicação e proceder que permitam a canalização de seus descontentamentos para um inimigo já conhecido:

Como as causas reais do empobrecimento não são compreensíveis – aqui a mídia cumpre seu papel mais canalha –, o protesto assume a forma da violenta rejeição ao pacto democrático e seus pressupostos humanitários, percebidos como a causa de todo mal. Diante da invisibilidade da violência econômica da elite, o que sobra é a identificação mais rasteira e superficial de um inimigo que permite a externalização do descontentamento e do desespero. (SOUZA, 2018, p. 138)

Ademais, a tal rejeição do pacto democrático e seus pressupostos humanitários se dá de forma que esses indivíduos passam a ver grupos marginalizados como o inimigo, como mercedores de toda e qualquer violência e repressão, passando a negar também sua humanidade. Fenômeno esse que em muito se assemelha e retoma o passado da Alemanha nazista: a ideologia fascista de antagonismo e extermínio.

Compreender o pacto antipopular e fascistóide do qual a classe média fez parte desde a ascensão da extrema direita brasileira é fundamental para analisar a história recente da Medicina praticada em nosso país. A categoria médica, ainda que diversa em classes sociais e posicionamentos políticos e ideológicos, demonstra-se historicamente favorável aos discursos fascistas em momentos de crise, como fora trazido anteriormente neste capítulo. Desde os médicos cujas famílias pertenciam à elite econômica da região, até aqueles que ascendem economicamente com a prática da profissão, o ideário de prestígio social conferido à esta categoria faz com que muitos perpetuem discursos e práticas hierárquicos na sua atuação. O mesmo anseio pela preservação de seus privilégios, uma das motivações da faceta antipopular da classe média (SOUZA, 2019, p. 115), mostra-se presente na categoria médica desde o início dos anos 2000, com o início das conversas sobre a introdução de médicos estrangeiros no Brasil.

O então Ministro da Saúde do governo de Fernando Henrique Cardoso, José Serra, sugeriu a “importação” de médicos para a composição do programa de Saúde da Família, fundamental para a estruturação do SUS no território do país. Todavia, essa mudança do eixo da prática de saúde, com a tentativa inclusive de dar maior protagonismo aos outros profissionais da equipe interdisciplinar, causou revolta e uma defesa conservadora da posição hierárquica dos médicos. Ainda, tais medidas foram interpretadas como um ataque “das esquerdas” à classe médica. (MATHIAS, 2016)

A problemática dos médicos estrangeiros segue como alvo de severas críticas e falas acaloradas da categoria. Em um artigo de opinião publicado em 2013 no portal oficial do Conselho Federal de Medicina (CFM) – “O fascismo do PT contra os médicos” – o autor Luiz Felipe Pondé pontua que “Nossos médicos são os

judeus do PT” e, por meio de algumas narrativas por ele construídas, ilustra que os médicos estariam sendo culpados por todo o sofrimento da população, e o Partido dos Trabalhadores (PT) estaria os colocando como bodes expiatórios. Ainda, ao se referir aos médicos cubanos, Pondé revela a origem racista e anticomunista de seu discurso:

Além do fato de os médicos cubanos serem mal formados, aliás, como tudo que é cubano, com exceção dos charutos, esses coitados vão pagar o pato pelo vazio técnico e procedimental em que serão jogados. Sem falar no fato de que não vão ganhar salário e estarão fora dos direitos trabalhistas. Tudo isso porque nosso governo é comunista como o de Cuba. Negócios entre ‘camaradas’. (PONDÉ, 2013)

Há nesse breve trecho o sintomático discurso anticomunista e xenofóbico que já anunciava, em 2013, o posicionamento ideológico e político que muitos médicos passariam a assumir. Para além do posicionamento individual de alguns profissionais, cujo impacto e repercussão na prática médica poderia ser questionável, órgãos representativos como o CFM, a Associação Médica Brasileira (AMB) e a recente Ordem dos Médicos do Brasil (OMB) atuaram em consonância com a escalada conservadora das últimas décadas de forma notável. Organizados em um grupo na rede social Facebook chamado de “Dignidade Médica”, profissionais e estudantes chegaram a “figuradamente” promover a castração química e um holocausto no Nordeste para diminuir o número de eleitores de Dilma Rousseff. (MATHIAS, 2016) Por fim, a título de ilustração do nível de articulação antipetista da categoria, tem-se que a AMB, supracitada, foi a responsável por uma ação popular na Justiça Federal de Brasília que pedia a suspensão liminar do decreto que nomearia Lula ministro da Casa Civil. Diante disso, é indubitável que a categoria médica, nas últimas décadas, vem se associando aos discursos e entraves do conservadorismo brasileiro, agora e então consumado na figura do presidente da República Jair Bolsonaro.

Haja visto a postura ideológica política da Medicina recente, é de grande importância compreender seu impacto na prática médica, no cuidado. Como foi trazido anteriormente neste capítulo, as práticas mais atrozess sempre estiveram atreladas a desumanização dos sujeitos submetidos a elas. Ou seja, a compreensão de que aqueles indivíduos não são dignos do mesmo *status* de humanidade e de integridade – seja ela emocional, psicológica, sexual ou física – fez com que a Medicina cooperasse com regimes genocidas, que se erguem a partir de tais noções. Assim sendo, cabe trazer alguns incidentes para ilustrar essa dinâmica. Primeiramente, quando a ex-primeira dama Marisa Letícia deu entrada no hospital Sírio Libanês, a médica reumatologista Gabriela Munhoz, que lá trabalhava,

divulgou dados sigilosos de seu estado de saúde em um grupo de WhatsApp com colegas de profissão de sua faculdade. Muitos, então, demonstraram sua torcida pelo agravo do quadro e até mesmo pela morte de Marisa. (FRANCO, 2017) Destaca-se, contudo, o neurocirurgião Richam Faissal Ellakkis que disse: “Esses FDP vão embolizar ainda por cima. Tem que romper no procedimento. Daí já abre pupila. E o capeta abraça ela”. (FRANCO, 2017) Não há dúvidas, diante do teor de sua fala, que as dissidências ideológicas e políticas ultrapassaram tal concepção e viraram a guerra contra o “eles” na sua forma mais aberta e violenta, como supracitado.

Em segundo lugar, após um ano sendo a pediatra que acompanhava o filho da deputada Ariane Leitão (PT), a médica declinou “de maneira irrevogável” o atendimento, pois sua mãe era “petista”. Além disso, segundo Ariane, tal comunicado veio por uma mensagem pelo aplicativo WhatsApp, sem nenhuma outra indicação para a continuação dos cuidados da criança e atravessada de ofensas ao partido do qual a deputada faz parte. (PEREIRA, 2016) Tal postura apenas demonstra que a concepção de seus opositores no campo político como inimigos destituídos de qualquer humanidade, tão popularizada pela retórica fascistoíde do conservadorismo atual, levou à precarização das práticas de cuidado e do proceder ético humanístico da categoria médica.

A despeito dos casos particulares, o *modus operandi* das instituições representativas mediante a escalada do conservadorismo vem corroborando para a precarização da vida daqueles que estão à margem dessa sociedade. Em um “deixar morrer” foucaultiano – pautado na inoperância deliberada do estado contemporâneo que tem como consequência direta a morte de muitos indivíduos – o bolsonarismo vem consolidando um projeto genocida desde o início de seu governo e, infelizmente, com a ajuda de setores da classe médica que está em conformidade com ele.

Para o dramaturgo alemão Bertolt Brecht: “Há muitas maneiras de matar uma pessoa. Cravando um punhal, tirando o pão, não tratando sua doença, condenando à miséria, fazendo trabalhar até arrebentar, impelindo ao suicídio, enviando para a guerra etc. Só a primeira é proibida por nosso Estado”. A discussão trazida por Brecht nessa citação é de suma importância para compreender o papel da Medicina conservadora na precarização da vida e do cuidado. Na medida em que a classe médica assina embaixo do desmonte do SUS, ela está diretamente corroborando para o enfraquecimento de uma extensa e fundamental rede de cuidado da população mais vulnerável de nosso país. Todavia, ela também está colaborando com o adoecimento de um largo número de pessoas quando apoia o enfraquecimento de todos os sistemas de seguridade social – previdência social, investimento público em educação e segurança, programas de assistência como o Bolsa Família.

O estabelecimento da política de saúde do SUS, com um programa de saúde da família que aproxima os profissionais de saúde da realidade vivenciada pelos diversos grupos sociais, foi também o estabelecimento de uma política de enfrentamento da desigualdade social, tal que se estabelece uma disputa ideológica entre este modelo e o que estaria em conformidade com os interesses conservadores neoliberais (articulado ao mercado e à privatização), o privatista. (GUIMARÃES, 2017, p. 5) A associação dos médicos a uma retórica de precarização da coisa pública diz não apenas sobre posicionamentos políticos individuais, diz sobre a condução de uma Medicina que em nome do prestígio social, da defesa egóica de sua posição hierárquica e diferenciação de classe, lesa o cuidado e a saúde de sua população.

A MEDICINA ANTICUIDADO E A COVID-19

No contexto da pandemia do coronavírus, os desdobramentos dessa retórica de precarização da coisa pública, da ideologia fascistóide e da Medicina anticuidado promovida por ela no Brasil não poderiam ser mais ilustrativos para este capítulo. Se até aqui nos propusemos a mostrar a relação entre a ideologia e a práxis médica quando a primeira se torna essencialmente necrófila, maleficente e anticuidado, o cenário de caos que se instalou no país por conta da propagação do novo vírus serve tragicamente como ratificação para nossa tese.

Nas eleições de 2018, sem dúvida, dentre os eleitores de Jair Bolsonaro, estavam médicos e outros profissionais da saúde. Com o desenrolar da pandemia causada pelo coronavírus no país e a indubitável e absoluta inépcia do presidente para lidar com essa, seria de se esperar que houvesse uma horda de profissionais da saúde arrependidos. Entretanto, apesar de certamente haver médicos e trabalhadores da saúde entre os que se arrependeram da escolha feita em 2018, o que tem se observado são médicos que, ao seguirem as ideias do presidente da República, negam a própria Medicina e a ciência, como Guido Céspedes, criador do chamado *Kit* covid que se propunha a tratar a doença com medicamentos como hidroxicloroquina, azitromicina, zinco, ivermectina, AAS e ibuprofeno, sem eficácia comprovada contra a doença (MÉDICO..., 2020), além do silêncio das instituições médicas representativas, que outrora bradavam contra o suposto “Holocausto Médico do PT”.

Se na Alemanha nazista e no Brasil da Ditadura Militar, médicos tinham a função de matar, o ato de deixar morrer observado no Brasil bolsonarista no contexto da covid-19 seria, então, menos absurdo? Para Foucault (2010 apud ALMEIDA, 2018) a partir do século XIX, a necropolítica, que dá ao Estado (materializador da ideologia) poder de matar, é substituída pela biopolítica, quando o Estado define

não diretamente quem morre, mas quem pode permanecer vivo. Como pode-se perceber pelo atraso da vacinação em relação até mesmo aos vizinhos sul-americanos, pela desmoralização do SUS e da própria prática secular de vacinação, e principalmente pelas mais de 500 mil mortes causada pela covid-19 no Brasil até o momento da escrita deste capítulo (25 de março de 2021), os resultados da biopolítica não têm sido menos nefastos que os de sua antecessora (necropolítica).

CONCLUSÃO

Entre a ciência e o cuidado, a Medicina, segundo Hipócrates (apud REZENDE, 2009), deve ser sempre usada “para ajudar os doentes” e nunca “para causar dano ou malefício”. Portanto, causam assombro momentos históricos em que a Medicina se voltou para a lógica do anticuidado. Este capítulo objetivou descrever e analisar tais momentos em que a Medicina se alinhou a ideologias necrófilas, como o nazismo, a Ditadura Militar e o bolsonarismo.

Os momentos históricos aqui apresentados foram marcados por ideologias totalitárias, antidemocráticas e eugenistas. A ideologia, para Slavoj Žižek (1996), materializa-se nas relações entre o indivíduo e a sociedade, assim, ideologias necrófilas não são capazes de resultar em uma Medicina voltada para a beneficência. A ação dos médicos nazistas nos campos de concentração, ao desenvolverem métodos de assassinato e não de cura, triagens para decidir quem deveria viver ou morrer e experimentos que não visavam à beneficência dos pacientes abismou o mundo, que se voltou para o debate da ética médica. Enquanto na Alemanha nazista a Medicina era exercida com motivações políticas e raciais e visava experimentos e o extermínio, no Brasil, durante a Ditadura Militar, a Medicina foi usada como ferramenta de opressão de caráter político e ideológico. Após 33 anos da redemocratização brasileira, o governo bolsonarista deu voz a uma Medicina que, como a praticada nos porões da Ditadura Militar, se deixa levar pelo caráter político e ideológico do “nós contra eles”, atentando contra os princípios de beneficência e justiça, fundamentais para a prática médica do cuidado.

Portanto, o movimento de revisitar criticamente momentos históricos como os citados não deve ser descartado por (supostamente) tratar-se de simples anacronismo. Olhar para o passado da Medicina anticuidado e das ideologias que a promoveram e sustentaram com a perspectiva do presente é também olhar para os desdobramentos contemporâneos dessa prática. O “anacronismo” nesse caso, não visa deturpar a história, não almeja o revisionismo, pelo contrário, busca, ao conhecer o passado, impedir que práticas necrófilas, antitéticas à própria essência da Medicina, voltem a ocorrer no presente e no futuro.

Na sala de aula

O tema “Medicina e Ideologia” pode ser trazido à tona durante as aulas de História sobre nazifascismo e/ou sobre Ditadura Militar no Brasil. É interessante, após explanada a participação dos médicos no Regime nazista e no Regime Militar, suscitar o debate entre os alunos sobre o poder das ideologias dominantes, fazendo relação com a pandemia de covid-19 no Brasil, quando muitos médicos apoiaram ou não se posicionaram sobre a divulgação de tratamentos ineficientes contra o vírus e com riscos associados. Além disso, trazer reflexões sobre a “neutralidade” da ciência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALMEIDA, V. P. dos S. *A medicina nos campos de concentração de Auschwitz*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

BRASIL. Ato Institucional nº 5 de 13 de dezembro de 1968. São mantidas a Constituição de 24 de janeiro de 1967 e as Constituições Estaduais; O Presidente da República poderá decretar a intervenção nos estados e municípios, sem as limitações previstas na Constituição, suspender os direitos políticos de quaisquer cidadãos pelo prazo de 10 anos e cassar mandatos eletivos federais, estaduais e municipais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 dez. 1968. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ait/ait-05-68.htm. Acesso em: 16 jan. 2021.

BRASIL: nunca mais. 41. ed. São Paulo: Vozes, 2014.

CARREIRA, A. Bolsonaro, Ustra e a naturalização da barbárie. *Cult*, São Paulo, 7 nov. 2019. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/bolsonaro-ustra-e-a-naturalizacao-da-barbarie/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CHAUÍ, M. *O que é ideologia*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

COMISSÃO NACIONAL DA VERDADE (Brasil). *Relatório*. Brasília, DF: CNV, 2014. v. 1.

FRANCO, D. “Médicos da esposa de Lula despejam sua raiva no Whatsapp”, destaca revista do *Le Monde*. *RFI*, Brasil, 10 fev. 2017. Disponível em: <https://www.rfi.fr/br/brasil/20170211-medicos-da-esposa-de-lula-despejam-sua-raiva-no-whatsapp-destaca-revista-do-le-monde>. Acesso em: 8 jan. 2021.

FREIRE, S. Xenofobia e racismo contra médicos cubanos. *Geledés*, São Paulo, 11 set. 2013. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/xenofobia-e-racismo-contra-medicos-cubanos/>. Acesso em: 22 mar. 2021.

GARBOIS, J. C. de A. A história que o menino não queria ouvir a mãe contar. *In*: SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa. Comissão da Verdade do Estado de São Paulo “Rubens Paiva”. *Infância roubada: crianças atingidas pela ditadura militar no Brasil*. São Paulo: ALESP, 2014. p. 270-275.

GUIMARÃES, E. M. de. S. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Servico Social & Sociedade*, São Paulo, n. 130, p. 564-582, set./dez. 2017.

GRUNBERGER, R. *The 12-Year Reich: A Social History of Nazi Germany 1933-1945*. New York: Da Capo Press, 1995.

HOBBSAWM, E. J. *A era das revoluções*. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

HÖSS, R.; BROAD, P.; KREMER, J. *Auschwitz aos olhos da SS*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2011.

LEVI, P.; DE BENEDITTE, L. (org.). *Assim foi Auschwitz: testemunhos 1945-1986*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas*. São Paulo: Boitempo, 2007.

MATHIAS, M. E os médicos tornaram-se conservadores. *Outras Mídias*, São Paulo, 18 set. 2016. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/e-os-medicos-tornaram-se-conservadores/>. Acesso em: 28 jan. 2021.

MÉDICO responsável por criação de ‘Kit Covid’ é internado na UTI com suspeita da doença em MT. *GI*, Mato Grosso, 21 jul. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2020/07/21/medico-responsavel-por-criacao-de-kit-covid-e-internado-na-uti-com-suspeita-da-doenca-em-mt.ghtml>. Acesso em: 23 jan. 2021.

MENEGAZ, J. do C. Corporativismo: um problema só da medicina? *Associação Nacional de Pós-Graduados Notícias*, São Paulo, 2 set. 2013. Disponível em: <http://www.anpg.org.br/02/09/2013/corporativismo-um-problema-so-da-medicina/>. Acesso em: 15 jan. 2021.

MÉSZÁROS, I. *O poder da ideologia*. São Paulo: Boitempo, 2004.

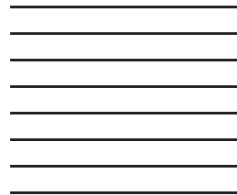
NYISZLI, M.; AUDERO BOTTERO, D.; PIPER, F. *Fui assistente del doctor Mengele: recuerdos de un medico internando en Auschwitz*. Oświęcim: Frap-Books, 2011.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 178-179, dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2021.

PEREIRA, V. G. M. Médica se recusa a atender bebê que tem mãe petista. *Jusbrasil*, [s. l.], 2016. Disponível em: <https://viniusgmp.jusbrasil.com.br/noticias/318038507/medica-se-recusa-a-atender-bebe-que-tem-mae-petista>. Acesso em: 8 jan. 2021.

PERRUSI, A. Sobre a noção de ideologia em Gramsci: análise e contraponto. *Estudos de Sociologia*, Recife, v. 2, n. 21, p. 415-442, 2015.

- PONDÉ, L. F. O fascismo do PT contra os médicos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 2 set. 2013. Disponível em: <https://m.folha.uol.com.br/colunas/luizfelipeponde/2013/09/1335414-o-fascismo-do-pt-contr-a-os-medicos.shtml>. Acesso em: 27 dez. 2020.
- REZENDE, J. M. de. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.
- RIBEIRO, J. “Vamos fuzilar a petralhada”, diz Bolsonaro em campanha no Acre. *Exame*, São Paulo, 3 set. 2018. Disponível em: <https://exame.com/brasil/vamos-fuzilar-a-petralhada-diz-bolsonaro-em-campanha-no-acre/>. Acesso em: 11 jan. 2021.
- SADER, E. O que acontece com os médicos brasileiros? *Geledés*, São Paulo, 10 dez. 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/o-que-acontece-com-os-medicos-brasileiros/>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- SCALON, C.; SALATA, A. Uma nova classe média no Brasil da última década? O debate a partir da perspectiva sociológica. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 387-407, 2012.
- SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. M. *Brasil: uma biografia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- SOUZA, J. *A classe média no espelho*. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2018.
- SOUZA, J. *A elite do atraso*. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2019.
- SOUZA, P. G. A. de *et al.* Perfil socioeconômico e racial de estudantes de medicina em uma Universidade Pública do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 44, n. 3, p. 1-11, 2020.
- STANLEY, J. *Como funciona o fascismo: a política do “nós” e “eles”*. Porto Alegre: L&PM, 2018.
- ŚWIEBOCKA, T. *et al.* *Auschwitz-Birkenau - História e Presente*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2008.
- VILA NOVA, S. *Introdução a sociologia*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2016.
- ŽIŽEK, S. Introdução: o espectro da ideologia. In: ŽIŽEK, S. *Um mapa da ideologia*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 7-39.



9

MEDICINA E IDEOLOGIA II: A RESISTÊNCIA NA CATEGORIA MÉDICA¹

Alyssa Doin Siebra

Beatriz Barbosa Viana

Larissa Waltrick da Silva

Nicole Mariana Gomes D'Oliva

Silvio Romero da Silva Larangeira Junior

INTRODUÇÃO

Quando a injustiça se torna a lei, a resistência passa a ser um dever.² (Thomas Jefferson)

-
- 1 Agradecemos aos honrados profissionais que tornaram a construção deste capítulo possível. Gratulações ao dr. Antônio do Vale, à dra. Ceuci Nunes, ao dr. Eduardo Reis, à dra. Glória Teixeira, ao dr. José Siqueira, ao dr. Luís Umberto Pinheiro e ao dr. Ronaldo Jacobina.
 - 2 Disponível em: <https://founders.archives.gov/documents/Jefferson/01-11-02-0182>.

Este trabalho é a continuação de um convite às análises histórica, política e ideológica sobre os posicionamentos da categoria médica em relação a questões socioculturais de seu tempo. Tais análises são recorrentes na literatura e necessárias à inteligibilidade de nosso próprio tempo. Mais precisamente, este capítulo se debruça sobre como, ao longo da história, revelou-se grupos de médicos e médicas, embora em números minoritários, que dedicaram seus tempos e sua prática a uma militância organizada, combativa e resistente, frente às ofensivas liberais-burguesas, no contexto brasileiro.

Serão apresentados e analisados alguns dos movimentos sociais da saúde que atuaram/atuam em contextos que vão desde o Golpe Militar de 1964 até o atual, da pandemia da covid-19. Analisaremos, assim, brevemente tais movimentos, que lutaram por melhores condições de saúde no Brasil e contra a elitização dos serviços assistenciais, enfrentando interesses econômicos e políticos poderosos.

Por se tratar de uma revisão narrativa, o texto não se arroga esgotar o tema ou os debates sobre ideologia, mas permitir um aprofundamento do leitor no tema, além da reflexão necessária sobre a importância dos movimentos sociais, da categoria médica e as suas entidades na formulação da execução das políticas de saúde e na defesa deste direito universal. Assim, pode-se reconhecer conquistas importantes e valorizar a urgência desta luta social, que é permanente. É desafio deste capítulo, portanto, trazer à luz discussões sobre a necessidade de construção de polos progressistas na categoria médica brasileira, de forma organizar lutas em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), da democracia e por uma sociedade mais justa, solidária e participativa.

Ao se enxergar enquanto classe – e não como uma categoria dentro da classe trabalhadora – torna-se cada vez mais evidente a adoção, por parte de médicos e médicas, de concepções desprendidas de análises críticas sobre as estruturas jurídico-políticas, ideológicas e econômicas de nossa sociedade. Nota-se que, historicamente, há uma aproximação desta categoria às posições políticas que perpetuam a lógica de desigualdade, do autoritarismo e da precarização do cuidado em saúde.³ A pesquisadora Maria Andrea Loyola (1984, p. 228) reflete e argumenta sobre o quanto a ideologia na saúde tem implicações na prática médica:

Imbuído de uma ideologia que tem por função mascarar as relações de classe que ela encobre, o médico atua no sentido de preservar o monopólio de seu saber e autoridade indiscutida que a sociedade lhe outorga para dispor da doença, até mesmo do corpo e das sensações de seu cliente. E sua atitude é tão mais autoritária quanto mais baixa é a classe social do

3 O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde. (CRUZ, 2009)

doente que, pela distância sócio-lingüística e dos hábitos mentais que o separa do médico, encontra-se incapacitado de contra-argumentar com ele, isto é, de impor seu próprio discurso ao discurso 'forte' e definitivo do médico.

Ainda que isso ocorra, dentre os profissionais de saúde, a categoria médica, sobretudo, mas não exclusivamente, tem enorme dificuldade em admitir que é condicionada pelos objetivos dos grupos ou classes dominantes do seu tempo. (BERLINGUER, 1983) Assim, muitos(as) médicos(as) se estruturam em um saber técnico elaborado à margem da vida social e com falsas aspirações de neutralidade política e científica. No entanto, embora a profissão hegemonicamente tenha se encontrado rendida a uma prática política ideológica individualista e a um medo permanente da proletarização, uma pequena parcela de médicos e médicas, organizadamente, vem lutando pela superação de certas contradições ideológicas e desigualdades no acesso à saúde. Guiados por um antagonismo à ideologia burguesa, um genuíno encantamento pela luta social e um imperativo ético e de solidariedade, nos momentos mais hostis e austeros da história recente brasileira, pequena parcela da categoria decidiu ocupar entidades médicas e criar frentes, redes, associações e, sobretudo, refletir sobre a realidade do país em que vivem e lutar por novos caminhos, no âmbito da saúde pública e do estabelecimento da democracia.

Observou-se, então, no cenário brasileiro, a emergência de um amplo contingente de movimentos lutando pela efetivação do direito à saúde. Seja elaborando estratégias e pensando um modelo de Saúde Pública sofisticado – como o SUS, a partir da Reforma Sanitária – e defrontando ativamente um sistema de governança autoritário, no caso de período da Ditadura Militar, por exemplo. Além disso, tais grupos buscaram fortalecer políticas, denunciando e combatendo a precarização que vem sendo promovida contra o SUS, no período da redemocratização.

RESISTÊNCIA MÉDICA NA DITADURA MILITAR

A Ditadura Militar (1964-1985) marcou a história brasileira como um período, entre outras coisas, de intensa fragilização da democracia. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014) Nessa época, com os poderes autoritários concedidos pelos Atos Institucionais ao governo, qualquer indivíduo sob a suspeita de associação com ideais socialistas e contrárias ao regime corria o risco de ser preso, torturado e executado pelos militares. Esses crimes, porém, não envolviam burocratas e as forças militares. Profissionais de saúde, sobretudo médicos, também foram apontados e denun-

ciados como agentes envolvidos nas violências cometidas pelo Estado durante a Ditadura Militar no Brasil.

Apesar dessa história demandar discussões e lembrar a possibilidade de que, em prol de uma ideologia, alguns médicos são capazes de exercer sua profissão com finalidades cruéis, a história da Medicina durante a Ditadura Militar não pode e não deve ser reduzida a esse passado sombrio. É necessário o conhecimento acerca de outros vieses da prática médica durante o período ditatorial, representado pelos profissionais que resistiram ao regime autoritário. Esses profissionais, alinhados a ideologias socialistas e opostas ao governo militar, e praticantes de uma Medicina baseada no cuidado e na responsabilidade com o bem-estar social, uniram forças em coletivos, sindicatos e associações, em todo o território brasileiro, para lutar pela redemocratização do país e pela garantia dos direitos humanos. Cabe observar que o período também foi marcado pela redução do poder aquisitivo dos salários-mínimos, aprofundamento de desigualdades sociais e fortalecimento do mercado de planos de saúde, em detrimento dos serviços públicos. Assim, médicos e médicas também lutaram pela melhoria das condições de trabalho e de atendimento à saúde da população, contribuindo para a Reforma Sanitária e a posterior criação do SUS. (CONCEIÇÃO, 2017; SOUTO; OLIVEIRA, 2016)

Na Bahia, alguns nomes despontaram entre esses profissionais médicos, como Maria da Glória Lima Cruz Teixeira (doutora em Saúde Pública com foco em Epidemiologia), Luiz Umberto Ferraz Pinheiro (psiquiatra), José Siqueira de Araújo Filho (cirurgião vascular) e Antônio do Vale Filho (anestesista). Esses quatro possuem formação na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), e atuaram juntos na resistência contra a Ditadura Militar, fosse por meio de assistência aos colegas detidos nas prisões, no atendimento à saúde da população, sobretudo, pobre, ou na promoção da conscientização dos colegas de profissão sobre a importância de lutar a favor de melhorias não só para a categoria médica, mas também para a população brasileira.

Considerando a riqueza de detalhes que o relato dessas pessoas em vida pode nos propiciar sobre esse período histórico, a resistência médica na Ditadura Militar será aqui percorrida por meio de entrevistas concedidas aos autores do capítulo por esses protagonistas e companheiros de luta. Recorreremos também à reduzida bibliografia sobre o tema. Convidamos, portanto, você, leitor(a), a embarcar nessa jornada ao passado, para avaliar e questionar o presente, e projetar um futuro compreendendo que, nas palavras do filósofo espanhol George Santayana (1863-1952) “aqueles que não se recordam do passado, estão condenados a repeti-lo”. (SANTAYANA, 1905)

Onde começa essa jornada? Alguns dos nossos protagonistas começaram a atuar ativamente na resistência contra a ditadura desde cedo. Maria da Glória

Teixeira, por exemplo, nos relatou que entre 1966 e 1967, ainda no ensino médio, deu início à sua militância. Nesse período, além de atuar na luta contra o convênio entre o Ministério da Educação e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (MEC-USAID), começou a participar de Ação Popular (AP), uma organização clandestina que atuava contra a ditadura. (TEIXEIRA, 2016) A jornada de militância se intensificou quando deu início à sua formação acadêmica, em 1968:

Eu entrei na Faculdade de Medicina em 1968, um ano emblemático porque teve uma grande greve de ocupação contra a ditadura e pela redemocratização do país. Eu participei já como estudante de Medicina daquela greve, chamada de greve de ocupação, porque os estudantes dormiam na faculdade para que a polícia não invadisse. Já comecei a atuar também no meu 2º grau, contra o acordo MEC-USAID, que era um acordo do MEC para haver uma interferência dos Estados Unidos no projeto de educação brasileira, isso foi 1967-1968. Em 1968 entrei na Universidade e já participei desse movimento. [...] Então, eu sempre militei, mesmo na época em que eu só fazia estudar, nós sempre tínhamos as posições de esquerda, de fazer movimento dentro da faculdade para melhorar o ensino, participávamos das lutas populares.⁴

Ainda no início da faculdade, Teixeira foi recrutada pelo Partido Operário Comunista (POC), uma organização clandestina que defendia a luta armada, e que contou com a participação da ex-presidente Dilma Rousseff. Apesar do recrutamento, Maria da Glória afirma que não acreditava em uma saída através da luta armada, mas sim da defesa das liberdades democráticas e da redemocratização do país. Poucos meses depois da sua saída da organização, Teixeira soube da prisão e tortura de grande parte dos seus companheiros do POC): “*Vi algumas pessoas que participaram da minha célula serem presos, torturados, enviados para o Rio de Janeiro pendurados em caminhões da FAB (Força Aérea Brasileira) de cabeça para baixo, em pau de arara – não eram de Medicina, mas eram da minha base*”.

Luiz Umberto Ferraz Pinheiro⁵ também deu início à sua trajetória de militância e à vida política ainda na universidade, como líder de movimentos estudantis. No ano do golpe, 1964, participou do Diretório Estudantil. Posteriormente, assumiu a representação dos estudantes na congregação da FMB e foi membro da diretoria da União dos Estudantes da Bahia (UNE), no ano de 1966. Além disso, em 1967, ingressou, ainda aluno, no Partido Comunista Brasileiro (PCB) e foi escolhido pela turma, no mesmo ano, para ser orador durante a cerimônia de formatura:

4 Entrevista da dra. Maria da Glória Lima Cruz Teixeira concedida a Alyssa Doin Siebra e Beatriz Barbosa Viana, coautoras deste capítulo, em 12 de agosto de 2021.

5 Transcrição da entrevista sobre a vida de Luiz Umberto Ferraz Pinheiro concedida a Felipe Barbosa Araújo pelo biografado, Lauro de Freitas, em 3 de outubro de 2019.

As minhas primeiras aproximações com a política ainda na faculdade foram com lideranças políticas, pessoas mais intelectualizadas e com isso passei a ter uma proximidade com discussões. Com um tempo, passei a assumir a representação de classe, fui orador de turma como escolha política, e comecei a me aproximar mais do marxismo. Eu ingressei no Partido Comunista [...], que era clandestino. Acabei sendo orador de turma e naquela época o discurso era um discurso anti-ditadura, um discurso firme, era um ritual em que outras faculdades vinham e a Reitoria ficava lotada.⁶

Em 1968, instituiu-se o Ato Institucional nº 5 (AI-5), dando início aos anos mais sombrios da ditadura. A repressão era intensa, e foi a partir desse momento que nossos protagonistas vivenciaram momentos ainda mais difíceis, observando colegas e familiares sofrerem os efeitos de um regime assustadoramente violento. Isso quando não vivenciaram os reflexos dessa truculência na própria pele, como uma realidade que perdurou até a sua revogação em 1978. Sobre a referida década, Teixeira afirma:

Como todos sabem, em dezembro daquele ano, veio o AI-5. Durante aquela greve de ocupação a faculdade de Medicina foi invadida pelos militares, o diretório foi invadido e tinham várias apostilas lá. Uma delas era chamada 'Revolução Cardíaca', era sobre a revolução cardíaca. Eles levaram as apostilas, achando que nós queríamos fazer revolução, eles não entenderam que era apostila médica, quebraram a porta do diretório. Felizmente todo mundo fugiu e ninguém foi preso, naquele episódio [...]. Nós tínhamos que ficar bem caladinhos, porque imaginem que nós estudávamos em uma faculdade em que nós sabíamos que tinham infiltrados do DOPS, então não sabíamos o que podia ou não falar, então nós só falávamos com pessoas de extrema confiança. Vários colegas foram impedidos de continuar o curso por causa do 476, enquadrados nessa lei chamada de Lei de Segurança Nacional. Durante o curso médico, que foram os anos mais cruéis da ditadura, final da década de 1968 até 1974-1975, foi muito duro, muito difícil, mas nós não deixávamos de militar e às vezes pichar as paredes, fazer algumas paralisações, mas com medo porque a repressão foi muito forte nesse período.

Pode-se observar pelo relato da médica que, mesmo diante da repressão e do alto risco de prisão e tortura, estudantes, futuros(as) médicos(as) e médicos(as) já formados(as), como no caso de Luiz Umberto Pinheiro, não sucumbiram e assumiram a bravura de resistir, continuarem ativos(as) na militância. E essa iniciação no movimento estudantil culminou em sua participação em protestos, organizações e partidos que tinham como objetivo o enfrentamento da ditadura.

6 Entrevista do dr. Luiz Umberto Ferraz Pinheiro concedida a Alyssa Doin Siebra e Silvio Romero da Silva Lorangeira Junior em 17 de agosto de 2021.

Pinheiro, juntamente com outras lideranças, criou uma base clandestina do Partido Comunista no Campo da Pólvora, em Salvador. Dentre essas lideranças estavam Sebastião Loureiro (falecido no dia 15 de agosto de 2021) e Gerson Mascarenhas (11/03/1915-15/11/2009). Mascarenhas foi, inclusive, preso por suas convicções socialistas por três meses, em 1964, e por duas semanas, em 1968. (JACOBINA, [2010]) Durante as reuniões, os participantes discutiam sobre política, o caminhar da ditadura e as estratégias de enfrentamento:

Eu criei com eles a primeira 'célula'. Era uma célula que tinha poucos, mas eram uns cinco ou seis que já eram uma multidão, para o clima na continuidade da ditadura. [...] Nós nos reuníamos na casa dessa professora, no Campo da Pólvora [...]. Tinha uma pessoa que já era um velho comunista, um quadro do partido [...], que ia fazer a reunião conosco. Naquela época, as pessoas tinham essa ligação com alguém da estrutura do partido, até porque tinha que passar informação que a ditadura não permitia. Nós tínhamos de entrar separados [...] era uma época em que as coisas estavam duras, que se pegassem a gente sabendo que estava havendo uma reunião, todos iam ser presos e torturados. [...] e a gente tinha que entrar pelo subsolo. [...] A gente era um núcleo, uma base, a 'célula', mas ele (o representante do partido) aparecia para discutir a política, a posição do partido, trazer algum documento, entregar e tal. Era um pouco de ajudar na formação e ao mesmo tempo deixar uma organização para as lutas nos momentos sérios. Mas era uma coisa solta, a gente conversava muito e discutia sobre o governo, sobre a política, sobre a questão mundial, então você tinha ali uma noite de duas horas e pouca, trocando ideia, discutindo. (Pinheiro)

O psiquiatra nos forneceu ainda mais detalhes sobre os desafios que enfrentavam e os riscos que corriam para que essas reuniões fossem realizadas:

Naquela época você tinha que fazer reunião com muito cuidado. Era complicado porque a gente tinha que sair juntos, meia-noite, 11 horas, quase não tinha ônibus, nós não tínhamos carro [...]. Então a gente saía aos poucos porque o ponto ficava vazio. Então não podíamos ficar juntos, porque senão iria chamar a atenção. [...] qualquer espião estava por ali, nós não sabíamos quem era, né? Era uma cena ridícula, nós dávamos risada [risos], fazendo de conta que não conhecia, cada um ia no ônibus e sentava num lugar. Um ou outro falava alguma coisa, porque duas pessoas não iam dizer nada, mas quatro ou cinco saindo de noite, podia dar na vista. (Pinheiro)

Diante de seu ativismo constante, promovendo e organizando debates, movimentos e palestras, a partir de ideais marxistas bem delineados, Pinheiro ganhou visibilidade e incomodou. Incomodou ao ponto de, como nos relatou, ter sido denunciado ao Destacamento de Operações de Informação – Centro de Operações de Defesa Interna (DOI-CODI) por dois professores catedráticos da FMB:

Eles me denunciaram para o DOI-CODI, o órgão de segurança da ditadura, e me colocaram como líder comunista. O nome comunista gravava a pessoa como um boi, e foi para o SNI (Serviço Nacional de Informações) [...]. Disseram que eu era responsável por todo o movimento, 'os comunistas estão tomando conta da Faculdade, nós não temos mais espaço...' E aí saiu essa nota, me colocando como grande agitador e que eles (os professores) não têm mais condição, porque a balbúrdia... (Pinheiro)

A descoberta dessa denúncia foi recente, e Luiz Umberto Pinheiro credita o fato de não ter sofrido nenhuma consequência a um atendimento que realizou, em Psiquiatria, a um professor de Geologia, o qual depois de anos descobriu ser, como ele descreve, um “dedo-duro”. O médico acredita que, possivelmente, esse professor tenha tirado o nome dele da “jogada”, “*porque como ele já era professor, tinha um credenciamento no mundo secreto da repressão*”.

No ano de 1973, Glória Teixeira se formou na FMB e ingressou no mesmo ano no Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias do Brasil na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), indo para o Rio de Janeiro. Lá se aproximou dos integrantes do PCB, mas não chegou a se filiar. Em julho de 1975, seu companheiro Albérico Bouzón, militante e participante do Comitê Estadual do PCB, foi preso e torturado. (TEIXEIRA, 2016)

Ele passou dez dias incomunicável e, nós, mulheres e mães desses presos políticos, íamos sempre ao quartel general pedir notícias, foi quando eu descobri que estava grávida do meu primeiro filho. Dez dias depois eles foram para o quartel de Amaralina, porque foi dado em um jornal do interior que eles estavam na mão do exército. Aí o ministro da justiça foi para a televisão, reconheceu as prisões e assumiu as prisões, aí soltaram os presos e depois eles foram julgados e presos novamente por dois anos. (Teixeira)

Em 1976, 16 dias após o nascimento do seu filho, seu marido foi condenado a dois anos de prisão. Nesse momento excepcionalmente adverso, Glória teve de dar continuidade à sua pesquisa de mestrado, cuidar do seu filho recém-nascido e visitar seu marido na prisão. (TEIXEIRA, 2016) Uma linha tênue entre a absurdez, o inaceitável e a resiliência, a força de vontade para seguir “caminhando e cantando e seguindo a canção”, que, ainda que para nós seja inimaginável, comove, inspira e emociona. E no meio do caos, surgiu uma oportunidade de fortalecer e ampliar ainda mais seus horizontes na militância.

Neste mesmo ano, durante uma visita à prisão, Teixeira soube da criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), ao conversar com o seu marido sobre a importância de continuar na luta, atuando em movimentos contra a ditadura. Entrou, então, em contato com os líderes do movimento, que eram da Medicina Preventiva, o prof. Sebastião Loureiro e o dr. Jairnilson Paim, para se

associar. A partir de então, começou uma movimentação que teve grandes repercussões que contribuíram para a Reforma Sanitária Brasileira (TEIXEIRA, 2016):

Aí começamos a nos reunir e discutir saúde [no CEBES], começar o movimento da Reforma Sanitária, lutamos muito pela publicização do Sistema de Saúde, porque nessa época o pobre só tinha direito como indigente. Ou no Hospital da Santa Casa [atual Santa Izabel] ou no Hospital das Clínicas, não existia SUS. Era uma dificuldade imensa para o atendimento médico da classe popular. (Teixeira)

Com o retorno a Salvador, a médica começou a se integrar novamente com movimentos políticos, reencontrando e entrando em contato com Luís Umberto Pinheiro e outros colegas, no período em que se instaurava o movimento de Renovação Médica (REME). Em meados dos anos 1970, inicialmente no Rio de Janeiro e, depois, se ampliando para as grandes cidades e estados do país, incluindo a Bahia, iniciou-se um movimento que não só reivindicava melhores condições de trabalho para a classe médica, mas também questionava o contexto social do momento, forjando uma visão mais ampla sobre a necessidade de uma política de saúde. (ESCOREL, 1999, p. 89) Durante a entrevista, José Siqueira Araújo Filho⁷ nos contou um pouco sobre esse período:

Em meados dos anos 1970, em 1975, eu me lembro que eu estava na residência no Hospital Professor Edgard Santos. E já havia uma resistência, ainda de uma certa maneira tímida à ditadura militar. A Bahia vivia um clima especial, porque nós estávamos aqui sob o comando do carlismo, que foi uma corrente político-ideológica que predominou sobre a Bahia durante muitos anos, em que o estado era comandado por uma pessoa que se julgava dona da Bahia. [...] Então além da ditadura militar, nós enfrentamos aqui um momento importante que foi um governo muito autoritário.

Em sua dissertação sobre o fenômeno político do carlismo na Bahia, Fernanda Reis (2010, p. 54) afirma que o então deputado federal Antônio Carlos Magalhães (ACM) apoiou o Golpe de 64, referindo-o como “Revolução de 64”, e se predispôs a “apresentar um projeto que prorrogasse o mandato do General Castelo Branco, a fim de ‘preservar a ordem e a ameaça comunista’”. ACM era, de fato, reconhecido como uma figura truculenta e autoritária, institucionalizando em suas políticas públicas aspectos que viriam a integrar características do Regime Militar. (REIS, 2010) Nesse contexto, os médicos se reuniram e iniciaram a REME no estado da Bahia:

7 Entrevista do dr. José Siqueira de Araújo Filho concedida a Alyssa Doin Siebra e Beatriz Barbosa Viana, coautoras deste capítulo, em 31 de agosto de 2021.

Então esse movimento [renovação médica] começa de uma reação que veio do Sul e principalmente das condições objetivas, onde os médicos trabalhavam realmente em situações precárias, porque os hospitais eram mal aparelhados, os postos de saúde pior ainda, porque não havia uma política de recursos maciços na saúde. [...] os salários eram muito baixos [...]. Assim, o grande motim do nosso movimento se deu por essa questão: decidimos lutar para aumentar o salário dos médicos e, 'na esteira', melhorar o atendimento da população. [...] é importante ressaltar a capacidade de organização no período da ditadura militar, nas décadas de 1970 e 1980. Em meio a desaparecimentos, torturas e mortes do período, alguns médicos começaram a organizar o movimento. (Araújo Filho)

É justamente neste momento que a história dos nossos protagonistas se cruza, como jovens médicos motivados pela mudança dessa realidade. Com os debates, as reuniões e a organização, começa o movimento para a tomada das entidades médicas, que até então eram monopolizadas pelas elites conservadoras:

Aí dr. [Antônio] do Vale, [José] Siqueira, Luiz Umberto, Carlos Teixeira, começamos a lutar pela renovação médica. O que significava isso? que deveríamos lutar para ocupar as nossas associações, o Sindicato dos Médicos, a Associação Bahiana de Medicina e o CREMEB [Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia]. (Teixeira)

Na época a gente estava fazendo a luta da Renovação Médica, eu cheguei e disse 'vamos conquistar a ABM'. Por que a ABM? Porque o movimento médico era muito preso, não tinha ainda uma juventude organizada. A ABM era de uma certa elite médica, era uma coisa meio cerimonial, não tinha nenhuma luta, nenhuma manifestação, o governador chamava a ABM, uma coisa assim muito solene. E sempre eram figuras conhecidas. E aí eu chamei Gerson [Mascarenhas] e disse a ele que discutimos com um pessoal mais novo, muitos deles que já estavam participando e eu era um líder que tinha contato com o pessoal do PCB [...]. (Pinheiro)

Nós, apesar de jovens, éramos considerados excelentes profissionais. O dr. Luiz Umberto, Glória Teixeira, Gerson Mascarenhas éramos respeitados pela competência e integridade. Então, esse reconhecimento permitiu que essas lideranças trafegassem sem medo durante a ditadura. [...] nesse período nós éramos a maioria, ganhamos todas as discussões que disputamos, incluindo a do Conselho, da Associação médica e dos Sindicatos dos Médicos. Conseguimos mudar todas as entidades. (Araújo Filho)

A renovação começou então com a vitória da chapa encabeçada por Gerson Mascarenhas na Associação Bahiana de Medicina (ABM), entre os anos de 1981 e 1982. Ela tinha como secretário-geral o dr. Luiz Umberto, como primeiro secretário o dr. Antônio do Vale, Glória Teixeira como secretária cultural e Jairnilson Paim na Secretaria de Assuntos Científicos. (JACOBINA, [2010])

No entanto, o movimento não se encerrava apenas nas entidades. Foram realizados assembleias, palestras, seminários, reuniões, não só no campo médico,

dentro dos hospitais, centros e postos de saúde, mas também com a sociedade civil, tanto em Salvador como no interior da Bahia. (JACOBINA, [2010]) As lutas se imbricavam, atuando em diferentes frentes, mas aspirando de forma conjunta a reconquista de direitos e a liberdade da população brasileira:

E aí a gente fazia esse movimento dentro do hospital, pois concentrava mais médicos, o pessoal mais gabaritado, mas que tinha ainda uma visão, não tava ainda elitizado e fora do mundo. Ia de sala em sala chamar o pessoal e fazia. E assim nós decidíamos a luta, pelo hospital, pela universidade e na luta pela defesa da gente frente à ditadura. Essa luta também era para ganhar melhores condições de trabalho e melhor salário. E ao mesmo tempo a gente tinha essas reuniões, de 15 em 15 dias, não me lembro... lá no Campo da Pólvora. (Pinheiro)

Começamos na ABM, fazendo encontros, discutindo os problemas de saúde da população brasileira [esquistossomose, doença de Chagas] e ao mesmo tempo lutando pela redemocratização do país. [...] Nós lutamos, fizemos greves para ter um piso salarial mínimo para os profissionais que faziam opção para trabalhar para o estado. Ganhamos algumas dessas lutas. Nos reunimos várias vezes por semana para discutir as questões relacionadas à categoria, mas também às questões relacionadas à necessidade de redemocratização, ou seja, participamos muito das Diretas Já. (Teixeira)

Após a conquista da ABM, veio a conquista do Sindicato dos Médicos, tendo Antônio do Vale como primeiro presidente, durante o funcionamento da REME. (JACOBINA, [2010]) Com a ocupação desses espaços, o cenário político-ideológico foi tomando uma nova forma. De acordo com Sarah Escorel (1999, p. 89), houve uma transformação de consciência de parte da categoria médica, que era historicamente ligada a uma ideologia liberal, passando a adquirir uma consciência de classe trabalhadora, “reconhecendo-se como classe média assalariada, empobrecida pela política econômica em vigor”.

No contexto baiano, além das entidades médicas, a própria Faculdade de Medicina vinha tomando uma cara mais progressista. Ainda que o conservadorismo predominasse, aumentava paulatinamente a adesão ou, no mínimo, o respeito ao movimento:

A nossa categoria profissional [médica] tem uma penetração imensa tanto nas classes populares quanto na classe alta, porque todo mundo precisa de atenção médica. Então, formar opinião foi muito importante para a adesão da luta pela redemocratização do país. Sabemos também que a categoria médica é reacionária e conservadora, naquele momento esses jovens foram fundamentais [...]. Nós estávamos sempre em busca dessa adesão e acho que conseguimos formar opinião de uma forma que quando chegou na década de 1980, quando o país não aguentava mais a ditadura, as pessoas que não participavam da Renovação Médica, já tinham até vergonha e não se colocavam contra. (Teixeira)

Dentre todas as trajetórias de luta aqui relatadas, identificamos, para além de um legado, a irradiação de ideias e atuações políticas que culminaram em movimentos que não só traziam o sonho de um país democrático, como delineavam os caminhos da Saúde Pública no Brasil. Escorel (1999) considera que o movimento sanitário teve como primeira vertente o movimento estudantil e a atuação do CEBES, a partir da propagação de um ideal social progressista e de propostas de estratégias de luta. O movimento de Renovação Médica entraria como uma segunda vertente, atuando na esfera do trabalho, assim como na crítica às condições de saúde da população.

O descontentamento das mais diversas camadas da sociedade no país inteiro foi crescendo de forma progressiva e contundente diante da crise econômica, política e social. As mobilizações urgiam pela redemocratização, eleições diretas para presidente, direitos sociais como saúde, educação, moradia, transporte, e a luta pela reforma agrária. Entre 1983 e 1984, o movimento Diretas Já marcou nas grandes cidades a união de diferentes grupos sociais com diferentes pautas, mas com um objetivo em comum: eleições diretas e a redemocratização do Brasil. (SOUTO; OLIVEIRA, 2016)

O movimento de Reforma Sanitária brasileira foi então ganhando forma como um movimento contra-hegemônico das tendências mundiais de cunho neoliberal, pautando o direito universal à saúde e não apenas para trabalhadores de carteira assinada. A organização de um sistema equitativo, com base na descentralização, regionalização e hierarquização; a determinação social do processo saúde-doença; a participação e controle social eram demandas da referida reforma. Para tanto, era imprescindível o estabelecimento de um projeto de país cunhado na democracia, na cidadania e no desenvolvimento social inclusivo. (SOUTO; OLIVEIRA, 2016) Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento que reuniu diversos movimentos sociais em prol da máxima de que a saúde é “um dever do Estado e direito do cidadão”, gestando definições que contribuiriam, quatro anos depois, para o nascimento do SUS.

Por fim, em 1988, após a queda do Regime Militar, como resultado das lutas e a grande força dos movimentos sociais, nasce a chamada “Constituição Cidadã”, que transfigurou o cenário do país com o estabelecimento dos direitos sociais universais para todos os brasileiros e a democracia não apenas representativa, mas participativa. (SOUTO; OLIVEIRA, 2016) A luz no fim do túnel era a conquista de direitos, e esta vitória, para o nosso enfoque, marca o impacto da trajetória dos nossos protagonistas na construção dessa história:

Com o que veio aí [da Renovação Médica]? O SUS, as grandes reformas instituídas na constituição de 1988 [...]. Esse movimento de Renovação Médica foi como uma mudan-

ça de tom, marcou de maneira bem viva a presença da categoria médica. O movimento fez não só os médicos, mas também os profissionais de saúde em geral a repensar sobre quem a gente servia com nosso trabalho e instigar a vontade de mudança. Isso foi no final dos anos 1970, início dos anos 1980 e essa participação foi muito importante para a nossa história. O Sistema Único de Saúde surgiu no bojo desses movimentos, em conjunto com os movimentos das ciências sociais e da psiquiatria, que já estava muito mais avançada nessas discussões. Esse movimento efervesceu em quase todo o Brasil. (Vale Filho)⁸

Na década de 1980, era professora da Faculdade de Medicina e em 1982-1983, já tinha sido eleita como a representante da Medicina do conselho da APUB [Associação dos Professores Universitários da Bahia]. O presidente era professor Joviniano e fizemos documentos que apresentamos como da sessão de saúde da medicina na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Eu fui delegada dessa conferência representando a medicina e a APUB. Era muito próxima do pessoal da preventiva que eram meus orientadores, Fernando Carvalho, Luiz Umberto, Jairnilson Paim. Foi um movimento que levou a categoria médica a ser uma categoria renovadora em prol da redemocratização do país. Tenho o maior orgulho de ter participado desse movimento e de ser uma das protagonistas. (Teixeira)

Outro movimento que teve sua gênese no mesmo berço da REME e da Reforma Sanitária foi a Reforma Psiquiátrica, que teve como grande líder na Bahia Luís Umberto Pinheiro. Desde a sua formação em Psiquiatria, Pinheiro já criticava o que se praticava dentro dos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, a luta antimanicomial fez parte de sua carreira e da sua trajetória de luta:

Eu fui presidente da Associação de Psiquiatria e eu estava trazendo todos as grandes figuras de esquerda nacional, os grandes intelectuais. Então eu dizia ‘vamos fazer uma coisa pra irradiar’. Já tinha a luta que eu estava fazendo que era a luta antimanicomial, que já estava pintando lá no São Paulo, Rio e aqui na Bahia [os polos, depois cresceram alguns], que eu liderava. A mesma coisa com a Reforma Sanitária, que eu fiz com o pessoal da Saúde Coletiva [Jairnilson Paim, Sebastião Loureiro, Naomar de Almeida Filho]. (Pinheiro)

As raízes da REME cresceram ainda para outros movimentos e instituições, além de terem impactado o cenário político baiano, como nos relatou Antônio do Vale:

Nós participamos da fundação do DIEESE [Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos] na Bahia e da criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), a qual o sindicato dos médicos foi filiado e representado por Gil Freire. Além

8 Entrevista de dr. Antônio do Vale Filho concedida a Alyssa Doin Siebra e Beatriz Barbosa Viana, coautora deste capítulo, em 31 de agosto de 2021.

disso, atuamos ativamente para a eleição de Waldir Pires, junto com Luiz Umberto, Fernando Schmidt e Carlos Marighella. Nós nos reuníamos num comitê localizado na região dos Barris para discutir essas questões e apoiar Waldir Pires, com o objetivo de derrotar o Carlismo.

Luís Umberto Pinheiro, ex-deputado estadual pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), está relacionado a uma grande história de oposição ao regime ditatorial no período de 1982 a 1987, que resultou em sua reeleição – pelo partido PMDB – em 1987. Tendo vencido a eleição para governador do estado da Bahia, Waldir Pires convidou Pinheiro, também em 1987, para assumir a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, cargo que ocupou até 1989, quando Waldir renunciou para concorrer como vice-presidente de Ulisses Guimarães. Luís Umberto Pinheiro deixou um legado durante a sua gestão pela elaboração dos primeiros distritos sanitários na capital e no interior, tendo se tornado referência nacional, sempre alinhado com os ideais e propostas preconizadas pela Reforma Sanitária (ARAÚJO, 2019):

Aí era a luta política geral, que no caso nós tínhamos aqui Waldir Pires, que era uma homem centro esquerda, progressista, e aqui como vocês sabem foi o comando todo de Antônio Carlos Magalhães, a vida inteira. Waldir ia entrar, e eu, nós de esquerda, o apoiávamos, o PCB, PCdoB e tal. [...] E aí ele me colocou para secretário de saúde.
(Pinheiro)

A esta altura, há de se perguntar: o que motivou Glória Teixeira, Luís Umberto Pinheiro, José Siqueira, Antônio do Vale e tantos outros nomes a resistir contra a ditadura? O que fez esses profissionais, oriundos de uma categoria que, historicamente, integra a classe média brasileira e visualiza na meritocracia um trunfo para defesa dos seus próprios privilégios, romperem com essa visão e abandonarem o casulo do egoísmo para lutarem pelo coletivo e pela garantia dos direitos básicos da população? Neste ponto, não é possível apontar um único motivo para justificar o caminho que esses profissionais escolheram seguir. Vários elementos, desde a formação pessoal à capacidade de indignar-se frente às desigualdades sociais e aos crimes cometidos pelos militares, contribuíram para o ingresso desses companheiros na luta pela democracia.

José Siqueira e Antônio do Vale, por exemplo, apontam que não é fácil romper com essa visão meritocrática e que é preciso empregar bastante energia para isso. Segundo eles, essa energia:

É dada pelo seu DNA, pela sua formação cultural, pelos livros que você leu e pela sensibilidade com o que você olha o outro, sabendo que para ajudar e tentar resolver o sofri-

mento do outro, você precisa das ferramentas adequadas, mas na condição que nós estávamos durante a ditadura militar, nós jamais resolveríamos o problema de ninguém se nos restringíssemos a nossa zona de conforto. (Araújo Filho)

Luiz Umberto Pinheiro, por sua vez, aponta a influência do pai como importante incentivo para suas escolhas políticas. José Aldemário Pinheiro, um médico negro formado pela FMB, tinha como destino servir aos pobres, como relata o próprio filho Luiz Umberto Pinheiro. (ARAÚJO, 2019) Durante muito tempo, José Aldemário foi o único médico de Tremedal, um humilde povoado no interior da Bahia, e nunca negou atendimento, mesmo para aqueles pacientes que não tinham condições de arcar com as consultas. Seu objetivo era muito mais voltado para servir aos pobres do que enriquecer, e percebemos o quanto seu filho absorveu para si desse legado. (ARAÚJO, 2019)

A influência de José Aldemário na vida de Luiz Umberto Pinheiro se estendeu também para a leitura: foi na estante de livros de seu pai que ele encontrou o primeiro livro que leu: *O homem medíocre*, de José Ingenieros. Esse livro apresenta a vida de um rapaz numa sociedade marxista e Luiz Umberto o escolheu para ler. Somente tempos depois foi descobrir que era um livro de um autor comunista. Curiosamente, hoje, Luiz Umberto se define como marxista e diz ter um grande vínculo com o coletivo:

No ponto de vista filosófico, sou marxista, não tenho partido. O que eu tenho é uma paixão pela questão coletiva [...] pelo trabalho coletivo. Não me sinto bem se não estiver fazendo um trabalho coletivo. (Pinheiro)

Sua paixão pelo coletivo é identificada não só pelas lutas sociais que Pinheiro organizou, mas por todas as palestras, debates e discussões que realizou em várias universidades públicas do país. Estes debates “[...] abordavam desde questões sociais, conjunturas políticas, organizações sociais, situação de saúde no Brasil e na Bahia, até lutas e movimentos sociais”. (ARAÚJO, 2019, p. 16) Era através desses encontros que o psiquiatra promovia a conscientização de colegas de profissão, estudantes e da população em geral sobre a importância da luta pelo coletivo.

Glória Teixeira (2016), assim como Pinheiro, também tem como motivação a paixão por defender o que é coletivo. Por ter estudado a vida toda em instituições públicas, desde o ensino escolar ao doutorado, a médica sempre cultivou a vontade de lutar pela democracia, pela saúde coletiva e pelo ensino público de qualidade. Além das próprias lutas e movimentos sociais que participou, Glória Teixeira, que sempre foi uma militante de esquerda, fez escolhas profissionais em defesa do coletivo e da garantia dos direitos básicos da população. A título de

exemplo, pode-se citar que ela nunca aceitou trabalhar em instituições privadas e foi a primeira médica a cuidar de pacientes com aids na Bahia:

Eu fui a primeira médica a cuidar dos pacientes com Aids [...] no Hospital Geral Roberto Santos. Eu era médica do estado, da emergência, e o saudoso dr. João disse que não tinha nenhum colega nosso querendo cuidar dos primeiros pacientes de aids. Ele perguntou 'você fica?'. Eu disse claro, eu não vou deixar os pacientes desassistidos. Assim, eu comecei a enfermagem que era dentro de outra enfermagem, porque ninguém queria por medo e pelo preconceito [...] As pessoas não queriam entrar no quarto mesmo a gente dizendo que a transmissão é sanguínea ou pelo sêmen. Tem que ter alguém que tente reduzir/mitigar as desigualdades. (Teixeira)

O que fica claro com esses relatos é que, motivados por fatores diversos e, muitas vezes, singulares, Glória Teixeira, Luiz Umberto Pinheiro, José Siqueira, Antônio do Vale e outros companheiros de luta são exemplos do que é fazer uma Medicina com criticidade e cuidado. A partir da coragem e iniciativa de cada um de abandonar a sua zona de conforto e mostrar, na prática, a indignação frente à Ditadura Militar e às precárias condições de vida e saúde da população, engajaram-se nas movimentações para a valorização dos profissionais de saúde e a criação do SUS, o qual, apesar de todos os problemas de subfinanciamento, tem alta resolutividade e trouxe melhorias no diagnóstico e tratamento dos pacientes.

Para José Siqueira Araújo Filho, defender o SUS é o maior legado que este grupo de médicos poderia deixar para as próximas gerações. Todavia, o que se vê atualmente é que muitas das conquistas que surgiram com os esforços desses médicos têm sido ameaçadas pelo projeto neoliberal em curso no país: o fortalecimento das multinacionais e planos de saúde, o desmonte do SUS e o apoio de parte da categoria e entidades médicas ao atual desgoverno de Jair Bolsonaro. Por isso, a luta deste grupo, que ingressou na militância ainda jovem, se mantém e eles não estão sozinhos nesse movimento:

A despeito de boa parte dos médicos estarem vestindo a camisa do fascismo e do descompromisso com o social atualmente, há ainda um resquício de elementos positivos dentro da categoria médica no Brasil, vide a competência técnica nos atendimentos. Se o indivíduo teve uma educação doméstica humanizada, em determinado momento, ele se recorda disso e consegue praticar uma boa Medicina no consultório. Acredito que a categoria médica não embruteceu completamente. O que precisamos é repensar nossa existência, nossa função e a quem servimos para praticar uma medicina de melhor qualidade e é nesse ponto que as faculdades de Medicina têm a grande responsabilidade de inserir tópicos que não sejam apenas técnicos no currículo médico. É preciso discutir filosofia, por exemplo, para estimular a criticidade dos estudantes. Fora isso, há ainda os médicos que participam de movimentos, como nós. (Araújo Filho)

Um dos movimentos ao qual esse trecho se refere é o Movimento Médicas e Médicos pela Democracia. Apesar de ainda tímido, muito em virtude de apenas uma pequena parcela de médicos participarem, é através dele que os quatro mantêm acesa a luta pela democracia, pelos direitos básicos e pela redução da desigualdade, fazendo oposição aos movimentos antidemocráticos que vêm se fortalecendo no Brasil.

MOVIMENTAÇÕES NA ÚLTIMA DÉCADA

Sabe-se que, quando desequilibrada, nenhuma balança mede os reais valores do mundo. No atual contexto, marcado pelo reforço aos padrões elitistas, em uma década circunscrita pelos posicionamentos conservadores e regados a fascismo, urge o engajamento de médicas e médicos que, vestidos pela bandeira da democracia, defendam a saúde, o cuidado e, sobretudo, a vida. O Brasil atual, que negligencia o significado de República como um “representativo da maioria da nação”. (LAFER, 1989, p. 214) e mascara a restauração de uma ordem conservadora, mostra que sua balança está pendendo para o lado de uma extrema direita autoritária e moralista. Em tal desbalanceamento tem parte uma Medicina que se associou e defendeu interesses de uma elite conservadora e autoritária. Contudo, não se pode deixar de considerar médicos(as) que lutaram contra essas ideias, que ainda hoje desafiam, resistem e lutam cada batalha pelo estabelecimento de uma Medicina universal, integral e igualitária.

Ao longo da história, o binômio política-ideologia sempre caminhou de “mãos dadas”. A atual tensão organizacional na qual o Estado brasileiro se encontra, evidencia o contínuo destaque para construção de um pensamento político marcado pela idealização déspota e discriminatória de pensamentos arraigados na classe média brasileira. Isso contribui para a manutenção de uma sociedade com características polarizadas, imiscíveis e violentas. Desse modo, coloca-se que a intenção deste capítulo não consiste em compreender o mundo a partir da dualidade bem/mal. Mas defender a ideia de que cabe um pensamento crítico sobre o papel dos profissionais da Medicina na edificação de juízos de valor, de afirmações éticas e de compreensões sobre os direitos e deveres civis e frente às ameaças à democracia e à vida, evidentes também através do abandono de políticas de saúde brasileiras.

Tal pensamento crítico é fundamental para a análise do momento que vivemos hoje, sobretudo no Brasil. Parte do saber médico e de seus profissionais passam, hoje, por processos de ressignificação das práticas de cuidado e do significado das evidências científicas (ou da falta delas). Considerando as limitações e novas necessidades impostas pela pandemia da covid-19 – que ultrapassam

implicações biológicas –, vêm sendo apoiadas e colocadas em prática ações que desrespeitam princípios dos direitos humanos e promovem uma “pseudoerudição”. Chamamos pseudoerudição as concepções advindas, sobretudo, de dogmas religiosos das correntes do pensamento negacionista que amparam as manifestações bolsonaristas e o apoio ao atual presidente do país. (MARQUES; RAIMUNDO, 2021) As chamadas *fake news*, disseminadas, sobretudo, através das redes sociais, encontraram sustentação em movimentos conservadores da elite brasileiro, cujas raízes se fortaleceram de modo assombroso em meados da década de 2010. Como coloca Sandra Caponi (2020, p. 223),

Para tentar entender como foi possível ao Brasil chegar a uma situação que pode se caracterizar como de completo descontrole da pandemia de Covid-19, com milhares de mortes que aumentam a cada dia, proponho diferenciar pelo menos três grandes questões que antecedem à emergência da pandemia, mas que se agravaram no contexto da crise sanitária provocada pelo coronavírus. Elas são: questões epistemológicas vinculadas ao negacionismo científico; questões ético-políticas vinculadas aos direitos humanos; estratégias biopolíticas vinculadas à razão neoliberal.

Nessa realidade, o posicionamento de profissionais contra ações de negligência aos direitos civis-sociais-políticos tornou-se um instrumento de prática da Medicina tão importante para o compromisso com a vida humana, quanto o respeito às técnicas básicas de biossegurança nos hospitais ou a sistemática de uma interpretação de exames laboratoriais. É necessário entender que médicas e médicos precisam adotar o papel de resistência em seu cotidiano. É preciso cursar com uma inclinação política de luta pelo bem à vida, à democracia. É inválida a visão puramente paternalista e elitista da superioridade de um médico, limitado à sua poltrona de consultório, com olhos baixos e enfasiado de boçalidade (ou bolsonarismo). O Brasil de hoje requer profissionais dotados de vitalidade que, através da legítima vontade de viver e de honrar a vida, utilizam de sua visibilidade social para lutar por um país mais justo.

Hoje, aos profissionais da Medicina não cabe mais o papel nas infantarias, mas estando na linha de frente do cuidado às vítimas da pandemia – em um campo de batalha minado de ideologias de omissão e negacionistas – compete o uso de artifícios legais na busca por garantir o acesso à saúde gratuita e de qualidade. Diversas organizações médicas ultrapassaram os espaços das clínicas e hospitais, atuando nas ruas e no campo político a serviço de suas convicções. As formas de luta pela democracia podem ser contempladas e acessadas desde grandes ações de profissionais participantes de movimentos organizados como a Rede Nacional

de Médicas e Médicos Populares e a Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia, até através da educação popular em saúde.

A crítica à categoria médica no momento atual é profundamente pertinente. Mas não se pode deixar de olhar para a importância das lutas e conquistas das quais participaram, e ainda participam, médicos(as) que ostentam um compromisso cotidiano com a resistência às correntes de pensamento antidemocráticas, machistas, sexistas, misóginas, classistas e racistas. O 3º artigo da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), além de declarar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, associa a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso à bens e serviços como fatores determinantes para a saúde do indivíduo. Dessa forma, o SUS consiste em uma ferramenta de promoção de saúde, prevenção, tratamento, e, principalmente, como um mecanismo para diminuir as desigualdades sociais. (MACHADO, 2009)

O papel da equipe de saúde, em especial do profissional médico, não se limita apenas à busca por melhorar as condições biológicas dos pacientes, mas consiste em promover ações integrais, que abarquem a avaliação dos componentes sociopolíticos e ambientais daquela população. O trabalho do médico ultrapassa o consultório: ele é um agente de saúde pública, que tem sob sua responsabilidade o zelo pelo bem-estar das pessoas, seja lutando pela diminuição da desigualdade ou contra o desfinanciamento do SUS. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) No atual contexto, a importância do médico como agente político nunca foi tão grande. Seja no âmbito da educação da população, ou até mesmo, na luta pela manutenção dos direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988.

A educação em saúde provou sua relevância em situações dramáticas como a pandemia de H1N1, entre 2009 e 2010, e as diversas epidemias de dengue enfrentadas pelo Brasil nos últimos anos. Durante elas, o Ministério da Saúde, autoridade máxima em saúde no país, disponibilizava às secretarias de saúde e hospitais os protocolos de assistência e diretrizes unificadas, de modo que o controle das enfermidades se fazia de forma mais eficaz. Já na pandemia da SARS-CoV-2, enxergamos a ausência de políticas coordenadas. As contradições entre as posturas de diversos órgãos e autoridades, como o presidente da República, o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Sociedade Brasileira de Infectologia é notória. Desde o início da pandemia, há conflito de informações e diretrizes, o que deixa a população descrente das informações relativas aos cuidados contra o vírus, visto que, em tese, nem as autoridades em saúde concordam entre si. Nesse sentido, cabe ao médico sua parte na educação da população, o que pode ser feito em menor escala, no próprio consultório, ou ainda, em grande escala, com o apoio da mídia. Sobre isso, a profa. dra. Ceuci Nunes, infectologista e diretora do Hospital Couto Maia, destaca:

E eu me senti muito no papel, como gestora, do principal hospital de doenças infecto-contagiosas, do único hospital referência na Bahia, e uma das principais unidades referências disso no Brasil, eu me senti na obrigação de esclarecer a população. Então todo veículo de imprensa que me chamava, podia ser do interior do interior, uma rádio lá da periferia, eu ia dar a entrevista, porque eu achava que essa palavra era importante para as pessoas.

Ademais, é importante ressaltar a importância do SUS no combate à pandemia da covid-19. A subdivisão da rede de atenção em níveis, de acordo com complexidade necessária no atendimento e uma estrutura de imunização já consolidada contribuíram em muito para que os números de casos e mortes causadas pelo coronavírus não fossem ainda mais altos, considerando, sobretudo, a negligência presidencial com a situação.

Nesse sentido, os profissionais que lutam pelos direitos à saúde na nossa sociedade caminham em uma corda bamba sobre o abismo fascista e antidemocrático. A situação política delicada em que nos encontramos é, entre outras coisas, fruto da campanha eleitoral de 2014, na qual avultou-se a polarização política e a popularização de um discurso de ódio direcionado aos partidos de esquerda e, à época, à presidente Dilma Rousseff. Tal discurso é proferido, sobretudo, pela classe média e, entre eles, médicos. Nesse sentido, como um contramovimento, surgem iniciativas militantes de médicos e estudantes de Medicina que buscam uma Medicina ética e de livre acesso à população. Entre eles, destacam-se a Associação de Médicos e Médicas pela Democracia e a Rede de Médicos Populares.

O manifesto de resistência de muitos médicos foi expresso através da criação da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares (RNMP), fundada em 2015, justamente em uma contraproposta à onda de intolerância, violência e ameaça aos direitos básicos. O coletivo organiza médicos e estudantes de Medicina sensíveis às causas sociais para lutar em defesa da população. Entre os princípios da entidade estão a defesa ao direito universal à saúde, com conseqüente valorização de um SUS público, integral e de qualidade. A rede promove constantemente ações de educação para a população, como, por exemplo, sobre a vacinação contra a covid-19 e sobre Medicina do Trabalho. (REDE NACIONAL DE MÉDICAS E MÉDICOS POPULARES, [200-])

A Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD) foi fundada em 26 de outubro de 2019, na sede da Ordem dos Advogados do Brasil – Ceará (OAB-CE), em Fortaleza. A reunião contou com 101 representantes de dez estados da Federação, que aprovaram a Carta de Princípios e o Estatuto da instituição. Após o golpe sofrido pela presidente Dilma Rousseff e, com o apoio declarado de membros do Sindicatos dos Médicos do Ceará, à época, e do deputa-

do federal Jair Bolsonaro, que já apresentara discurso fascista, racista, misógino e homofóbico, houve o primeiro passo para o surgimento da associação: um encontro em março de 2016 no qual foi construído o coletivo Médicas e Médicos pela Democracia, unificando pequenos grupos de profissionais que se articulavam nas mídias sociais.

Entre os princípios da ABMMD está a defesa da democracia e da Constituição Brasileira de 1988, a defesa do livre debate político desprovido de violência, dos direitos humanos, do SUS e do exercício ético do trabalho médico, assim como a condenação dos posicionamentos científicos sem consulta a entidades médicas, tais quais o Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB). Nesse sentido, uma das ações mais recentes do movimento foi a publicação da Carta-Manifesto em defesa de uma Medicina ética, responsável e baseada em evidências, que reúne assinaturas de diversos profissionais contra o Parecer nº 04/2020 do CFM, que autoriza o profissional médico a prescrever os medicamentos cloroquina e hidroxicloroquina, desprovidos de qualquer embasamento científico, o que vai de encontro ao Código de Ética Médica. (ASSOCIAÇÃO DE MÉDICAS E MÉDICOS PELA DEMOCRACIA, 2020)

Nesse sentido, percebe-se que os movimentos autoritários sempre existiram e, infelizmente, tiveram como cúmplices profissionais médicos, fosse na época da Segunda Guerra Mundial, no auge da Guerra Fria, durante a Ditadura Militar brasileira ou, ainda, nesse retorno dos movimentos ultraconservadores como o bolsonarismo. Apesar disso, ainda existem, e sempre existirão, figuras de resistência, que lutam pelo futuro dos médicos, da Medicina e da população. Assim, como diria o prof. dr. Ronaldo Ribeiro Jacobina,⁹ psiquiatra, pesquisador, escritor, militante e professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FMB: “*Esse é o papel do médico. É onde você estiver, estar consciente na luta*”.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Felipe Barbosa. *Umberto Ferraz Pinheiro: uma história de protagonismo na psiquiatria, na saúde coletiva e na luta social e política*. [S. l.: s. n.], 2019.

ASSOCIAÇÃO DE MÉDICAS E MÉDICOS PELA DEMOCRACIA. *Quem somos? Nossa história e princípios*. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://abmmd.com.br/quem-somos/>. Acesso em: 18 set. 2021.

BERLINGUER, G. *Medicina e política*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1983.

9 Entrevista do prof. dr. Ronaldo Ribeiro Jacobina concedida a Larissa Waltrick da Silva e Nicole Mariana Gomes D’Oliva, coautora deste capítulo, em 16 de agosto de 2021.

- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.
- CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 209-224, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/tz4b6kWP4sHZD7ynw9LdYYJ/abstract/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 19 set. 2021.
- CONCEIÇÃO, H. R. M. da. Saúde Coletiva e movimento social. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 17, n. 39, p. 247-260, ago. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2017000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2021.
- CRUZ, M. C. C. *O conceito de cuidado à saúde*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- SCOREL, S. O movimento médico: movimento dos médicos residentes e movimento de renovação médica. In: SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 89-110.
- FROM Thomas Jefferson to Abigail Adams, 22 February 1787. Disponível em: <https://founders.archives.gov/documents/Jefferson/01-11-02-0182>. Acesso em: 29 set. 2022.
- JACOBINA, R. R. *Gerson de Barros Mascarenha*. Salvador, [2010]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/6802>. Acesso em: 19 set. 2021.
- LAFER, C. O significado de república. *Revista Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 214-224, 1989. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/2286>. Acesso em: 29 set. 2022.
- LOYOLA, M. A. Medicina popular. In: GUIMARÃES, R. (org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 225-237.
- MACHADO, F. R. de S. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 355-371, jul./out. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/xktwwSxKhMMWfNQVS4Tt43D/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.
- MARQUES, R.; RAIMUNDO, J. A. O negacionismo científico refletido na pandemia da covid-19. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, Boa Vista, v. 7, ano 3, n. 20, p. 67-78, 2021. Disponível em: <http://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/410>. Acesso em: 29 set. 2022.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 653-673, jan./mar. 2014. Disponível: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2021.

REDE NACIONAL DE MÉDICAS E MÉDICOS POPULARES. *Grito dos Excluídos 2021 em Fortaleza/CE. Fora Bolsonaro! Golpistas não passarão!* Fortaleza, 7 set. 2021. Instagram: @medicospopulares. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CTiG78inG2m/>. Acesso: 18 set. 2021.

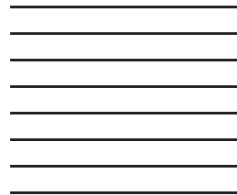
REDE NACIONAL DE MÉDICAS E MÉDICOS POPULARES. *Quem somos*. [S. l.], [200-]. Disponível em: <https://medicospopulares.org/quem-somos/>. Acesso: 18 set. 2021.

REIS, F. T. *Política mandonista no estado da Bahia: o fenômeno político do Carlismo e as sucessivas estratégias de adaptação da elite política baiana*. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010.

SANTAYANA, Geoge. *A vida da razão*. New York: Charles Scribner, 1905. v. 1.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, jan./mar. 2016. Disponível: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34595/2/MovimentoReformaSanitaria.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

TEIXEIRA, M. da G. L. C. *Construindo Conexões e Laços entre a Academia e a Vigilância Epidemiológica no SUS*. 2016. Memorial (Professor Titular) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.



10

MEDICINA E NEGRITUDE BAIANA

Raphael dos Santos Cerqueira
Antonio Wanderson Vieira Goes
Audrey Marina da Cunha Gouveia

INTRODUÇÃO

Antes de começarmos a discorrer sobre a temática do negro e a Medicina, precisamos definir terminologias a serem utilizadas durante o texto. Definimos como “negro” o indivíduo preto ou pardo que pela sociedade é visto como africano ou afrodescendente. A discussão acerca da utilização dos termos “preto” ou “negro” são vastas e não caberiam neste capítulo, mas cabe uma breve alusão aos debates para justificarmos porquê escolhemos a utilização de ambos os termos.

A palavra “negro”, historicamente e semanticamente, sempre foi utilizada para denotar algo negativo, nem sempre como cor. O negro é sinônimo de treva, de maldade, oposto de luz e de bondade. Exemplos disso são os termos: “magia

negra”, “passado negro”, “mercado negro”, “humor negro”, “ovelha negra” etc. Por outro lado, a utilização da palavra “preto” também é amplamente utilizada em nossa sociedade com sentido depreciativo. A exemplo dessa utilização temos: “a coisa vai ficar preta”, ou ainda “isso é coisa de preto”, “preto de alma branca”, entre outras utilizações. São conquistas sociais a criminalização da injúria racial e do racismo no código penal brasileiro (BRASIL, 1940) pela Lei nº 9.459, 13 de maio de 1997 e Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, respectivamente. Graças a estes avanços pudemos começar a punir os responsáveis pelas ofensas diretas, mas ficam brechas para a propagação de práticas indiretas de perpetuação de um pensamento racista que tem suas raízes, muitas das vezes, desconhecidas pelos reprodutores desta prática, como demonstrado em texto informativo reflexivo, veiculado pela Secretaria do Estado de Direitos Humanos do Governo do Estado do Espírito Santo (VITÓRIA, 2020), sobre os termos racistas amplamente utilizados, sem que se tenha conhecimento do seu real significado, mas entendendo sua conotação pejorativa. Para além disso temos também a utilização dos termos de maneira não ostensiva, como: “buraco negro”, “noite negra”, “quadro-negro” etc. O mesmo vale para: “feijão preto”, “roupa preta”, “gato preto” etc. Estes exemplos nos mostram que ambas as palavras não são palavras utilizadas unicamente para um fim, mas em seu contexto seu significado pode mudar de acordo ao significante a quem o falante quer se referir e de que modo.

Quando nos foi proposta a escrita deste capítulo, os organizadores sugeriram intitulá-lo “Medicina e negritude”. Concordamos. Porém, precisamos contextualizar ao leitor as origens e utilização do termo “negritude”. Sua origem vem do francês *négritude*. O termo, segundo Gustavo de Andrade Durão (2018), foi influenciado pelo pastor, raciologista e filósofo-linguista Edward Wilmot Blyden, um dos pioneiros na propagação da ideia de uma unidade africana ocidental, que culminou na ideologia pan-africanista anglófona e os ideais de negritude francesa. A nomenclatura em si foi primeiramente utilizada por Aimé Césaire em uma publicação ao jornal *L'Étudiant Noir*, intitulada *Jeunesse noire et assimilation*, com o objetivo de convocar e evocar a intelectualidade e a literatura africana em um período marcado pela discussão racial, do ser e da produção da intelectualidade humana. (*L'ÉTUDIANT NOIR*, 1935) Tais conceitos seriam mais fortalecidos paralelamente por Léopold Sédar Senghor e Leon Gontram Damas, intelectuais considerados como dois dos pilares da discussão acerca da identidade do ser negro na sociedade contemporânea e na difusão da cultura franco-africana. (DURÃO, 2011)

O período a partir do fim do século XIX e início do século XX foi quando se fez pensar, pelos próprios negros, a unificação dos povos africanos ao redor do mundo, mais ou menos aos moldes do que haveria com os judeus e a fundação de

Israel. Blyden acreditava que a Libéria seria o sítio ideal para a reunião desse povo disperso. Paralelamente, começou a surgir uma outra vertente, o culto à cultura africana pelos povos afros fora de África. Era um movimento de exaltação às tradições e ao modo de pensar do povo negro pelo próprio povo, que àquela época vivia em um misto de negação às suas origens, na tentativa de aceitação pelos brancos nos espaços de prestígio social, e em constante luta contra o racismo em todos os setores sociais e científicos. Foi neste ínterim que surgiram grandes pensadores acerca do tema, como Franz Fanon e Amílcar Cabral. E vale ressaltar que a utilização da terminologia negritude não era uníssono a todos os negros intelectuais à época, pois neste mesmo período Sartre e Beauvoir já teciam seus discursos sobre o existencialismo que era facilmente dobrado para caber em quaisquer discussões sociológicas e antropológicas.

No Brasil, Milton Santos atestara como é ser um homem negro em pelo menos quatro continentes distintos, e seus relatos de retorno foram que em nenhum lugar do mundo o 'ser negro' é como ser negro no Brasil. (MILTON..., 2015; SANTOS, 2000) Passado tanto tempo, ainda nos encontramos diante de discursos igualitários e unionistas para celebrar a construção de uma nação, que ainda mantém os descendentes dos escravizados trabalhando nos mesmos serviços que anteriormente eram realizados por seus antepassados. A questão negra continua viva, mesmo após mais de 120 anos de Lei Áurea. Viva em cada olhar desconfiado do sujeito para um outro indivíduo que tenha a pele escura, apenas por este mérito. Viva em toda vez que se utiliza-se do termo "pé na cozinha" para determinar as qualidades dos traços ou feições negroides de alguém. Viva também em cada questionamento levantado sobre a legitimidade de um médico negro, categoria com um dos maiores prestígios sociais, que parece ter seu jaleco alvo manchado pela cor da pele do indivíduo retinto que o traja.

A boa gente brasileira sempre teve um lugar em seus porões de navios, subterrâneos do Mercado Modelo ou mesmo nas chamadas 'dependência de empregada', o tal do quarto dos fundos da casa, que dá acesso a cozinha e serve para guardar os materiais de limpeza e, junto deles também, quem os utiliza cotidianamente. Poderíamos invocar um ido Michel Foucault para escrever um outro *Vigiar e punir* exclusivamente sobre os mecanismos utilizados para segregar os negros e os mais pobres da boa família de sobrenome exótico, e este seria um novo sucesso ao demonstrar tudo aquilo que vemos e nos recusamos a enxergar.

Descrito tal cenário e ensejando tais argumentos, dignificamos a utilização do termo negritude, unificado à Medicina, na tentativa de relacionar e trazer uma melhor primeira impressão do que exatamente queremos abordar neste texto: a discussão acerca da questão social da saúde negligenciada do povo negro, a valo-

rização das práticas em saúde em prol deste povo e o empoderamento dos negros diante da categoria médica, tendo como foco principal a Bahia.

Buscamos assim, com este capítulo, narrar um pouco dos elementos que dão origem aos modos de cuidado em saúde do povo negro, perpassando pelas vulnerabilidades e pelos elementos históricos que lhe competem no âmbito da saúde. Visamos também traçar um raciocínio dialético sobre a atuação médica dos negros e sobre os negros. Não possuímos a pretensão de esgotar aqui esta discussão, mas sim disseminar o interesse pela produção e o enriquecimento das publicações com mais destas epistemologias do sul, tão relevantes na nossa sociedade contemporânea.

A MEDICINA TRADICIONAL AFRO-AMERICANA

África é um continente vasto, plural e tradicionalmente conquistado e reconquistado por diversos povos, por isso é impossível falar deste povo no singular. Sendo este um continente de tamanha extensão, não podemos nos referir como um único povo às nações que habitavam montanhas e os que habitavam savanas, os de costumes agrícolas dos de tradição pecuarista. É sempre um erro falar de África no singular. (DOMINGOS, 2015)

Trazidos nos porões dos navios, armazenados como mercadorias, vendidos como animais, açoitados como se fossem feitos de rocha, o qual seus carrascos queriam lhes partir a carne em busca de um precioso diamante de sangue encapsulado sob suas carnes baratas. Apesar dos pesares, os povos africanos e afrodescendentes escravizados eram muito resistentes aos maus-tratos, às condições animais a que eram submetidos e resistentes a doenças. Mas como é que aqueles povos, vindos de terras tão distantes se mantinham firmes e lutando pela sua sobrevivência diante das condições de abandono e perversidade a que eram tratados?

NUTRIÇÃO E MANIPULAÇÃO DE ERVAS

Vindos de vários lugares do continente africano, os negros escravizados tinham seus próprios métodos de cura oriundos de costumes culturais religiosos e crenças praticados em África. Diversos são os ramos do conhecimento que demonstram suas proficiências no trato com ervas. Um exemplo amplamente perceptível da contribuição africana no manejo de herbáceas é a culinária. Gilberto Freyre (1933) afirmou o domínio das combinações de temperos e ervas pelo povo negro, tornando o tempero brasileiro característico da fusão dos elementos trazidos pelos

européus, africanos e dos nativos, os povos indígenas. O tempero do povo preto escondia um mistério; assim sendo, os brancos não sabiam ao certo de onde aqueles seres barbarizados e inferiorizados herdaram tal destreza. O imaginário do ser branco, em sua maioria amamentado e fortalecido pela saborosa comida da mãe-preta, perpassava por hipóteses claras da sua vulnerabilidade diante dos serviços caseiros prestados por aqueles a quem tanto desprezavam. *As vítimas algozes* de Joaquim Manoel de Macedo, publicado em 1869, é uma clara expressão dos receios do branco diante do domínio do negro em seu cotidiano. Condição cultivada para o bel-prazer e conforto da família da casa-grande. (MACEDO, 1869)

O preto, associando os conhecimentos advindos dos indígenas, suas origens agrícolas em sua terra matriz e as condições climáticas similares, sabia muito bem onde buscar os elementos nutricionais de que precisava. (FREYRE, 1933) Os gregos antigos, a exemplo de Hipócrates (406-356 a. C.), considerado no mundo ocidental como “o pai da Medicina”, e povos de outras culturas ancestrais como os hindus e os taoístas, também priorizavam a atenção nutricional dos indivíduos como forma de cuidado básico em saúde. (CARVALHO; PEREIRA JÚNIOR, 2008)

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E AS PRÁTICAS DE CURA E HIGIENE

O processo saúde-doença é encarado pelos povos de África como um reflexo da vida em coletivo e que também envolve o plano espiritual, não encarado como uma condição individual. Não apenas a sua causa, mas também os efeitos do adoecimento são sentidos e afetam a família e a comunidade. Muitos destes processos de adoecimento são atribuídos às condições do não cumprimento das obrigações espirituais culturais próprias de cada família. (DOMINGOS, 2015)

Muitas eram as técnicas curativas aplicadas pelos escravizados aos enfermos. Misturas de ervas, óleo de rícino, remédios, elixir e pomadas. Geralmente as mesmas pessoas que curavam as feridas eram as que também faziam serviços de barbeiros, dentistas e parteiras e eram chamadas de *comadres*. Recorriam às rezas, banhos de folhas, feitiços e despachos similares aos rituais praticados em umbanda e candomblé dos dias atuais. (FREYRE, 1933)

A utilização de ervas na resolução de problemas comuns era de amplo conhecimento de muitos dos pretos, assim como ainda nos dias de hoje quando adentramos os quilombos, as aldeias, as vilas mais isoladas e distantes da movimentação das grandes rodovias e dos grandes centros urbanos. Não distante dessa realidade, temos espalhados pelas grandes cidades terreiros de candomblé e umbanda, recomendando banhos de folhas e infusões. Silva (2018) listou alguns destes conhecimentos ancestrais apropriados e subjugados pela indústria farmacêutica, mas que sobrevivem na oralidade das tradições familiares. Por sor-

te, alguns pesquisadores se debruçam a estudar e promover eventos com rigor e registro científico para agregar tais conhecimentos à academia, difundindo-os amplamente pela comunidade científica ainda com interesse incipiente neste tipo de conhecimento.

Os povos negros, em especial os povos de religião islâmica – também chamados de “negros árabes” – tiveram uma influência primaz, juntamente aos costumes indígenas. De uma higiene quase felina em detrimento dos costumes cristãos portugueses, que para muito asseio lavavam o rosto aos domingos, os negros eram isentos de muitas das doenças oriundas da ausência das boas práticas do asseio. (FREYRE, 1933) Nos dias de hoje sabemos que a correta e rotineira higienização pessoal e dos ambientes são fatores que limitam o avanço e o estabelecimento de muitas doenças. Desde os primórdios do país até os dias de hoje, graças a uma condição subalternizada e por falta de oportunidades, os responsáveis pela higienização e limpeza dos espaços ainda são os de pele preta.

Podemos traçar um breve paralelo, em pausa reflexiva, sobre os costumes soteropolitanos de nomearmos as “festas de largo” de “lavagens”. Todo início de ano, do Bonfim a Itapuã, os bairros mais tradicionais da capital baiana passam por algumas festas que marcam a chegada do novo ano e enchem as ruas de alegria. É notório como há sempre baianas de acarajé com suas roupas típicas e com seus ritos de candomblé a lavar escadarias, praças e calçadas durante o início destas festas acompanhadas das procissões. Só então, as festas podem prosseguir de outras formas que mais se assemelham a pequenos carnavais.

TRADIÇÕES MATERNAS E OS CUIDADOS NA INFÂNCIA

Baseados nas tradições orais, os povos negros, muitos deles iletrados, transmitiam seus conhecimentos a partir do treinamento e do ensinamento pela oralidade aos membros das gerações posteriores. Uma ilustração desta tradição era o cuidado materno com seus filhos desde o ventre. Sobre isso, Gilberto Freyre (1933) aponta que era costume das negras escravizadas, ao terem seus filhos, cortar mais distante do recém-nascido o cordão umbilical. Os brancos atribuíam a esta prática um dos motivos pelos quais as crianças adoeciam nas senzalas. Outro costume era o de alimentar os bebês, com poucos dias de nascido, com alimento da mãe, práticas não recomendadas até os dias de hoje por profissionais, mas que eram amplamente difundidas pelas matriarcas. Quando um bebê nascia, a mãe o apertava contra sua barriga, a ponto de quase sufocá-lo, e apertava também sua cabeça a fim de moldar-lhe a testa. Não incomum, eram os óbitos de recém-nascidos das senzalas, porém a história entra em contradição sobre a longevidade e saúde dessas crianças, enquanto as mães brancas muitas vezes não possuíam sequer leite

para amamentar o próprio filho por tempo suficiente. É fator curioso que, a associação a este e outros motivos como a ausência de sardas, os dentes perolados, são e alinhados, inspiravam a inveja de cunho sexual das senhoras da casa-grande para com suas mucamas.

A mortalidade infantil à época era um fator preocupante. Associava-se às altas taxas de mortalidade infantil, na primeira metade do século XVI, às condições de acondicionamento dos recém-nascidos excessivamente vestidos pelas mães europeias. Com esse fato, pouco a pouco foi se acostumando e copiando os modos de trato dado às crianças pelas indígenas e pelas negras que criavam seus filhos sem vestimentas, o que lhes proporcionava ventilação e boa adaptação às condições climáticas tropicais do Brasil, nada distintas dos seus países de origem. Estas taxas vieram a reduzir na segunda metade do século XVI, mas ainda eram altas. Os médicos que se debruçavam sobre a observação destes fenômenos diagnosticaram que provavelmente era culpa da falta de cuidado com a saúde das amas de leite, muitas delas portadoras de sífilis, doença que castigou muitos negros e pobres até o início do século XX. Neste período, o dr. Juliano Moreira, negro e médico psiquiatra de grande prestígio e destaque científico, tendo conquistado uma alta relevância social internacional no final do século XIX e início do século XX, obteve notoriedade com sua brilhante tese inaugural (MOREIRA, 1891) sobre a sífilis. Nela, deixa claro que muitos dos diagnósticos de sífilis dados por muitos dos seus colegas eram precipitadamente errôneos. Na verdade tratavam-se de psoríases, conjuntivites, erisipelas e outras escoriações de pele de caráter inferior, mas que eram atribuídas a este mal. (JACOBINA, 2019; JACOBINA; MATUTINO; CORREIA, 2015; MOREIRA, 1891)

As escravas eram anunciadas em jornais, para venda ou aluguel, podendo a escrava ir sozinha ou com seus filhos, como o *Jornal do Comércio* publicado em 24 de julho de 1850, em que havia propagandas oferecendo mães escravas: “Na rua Espírito Santo há uma ama-de-leite para alugar, parida de 8 dias, sem pensão do filho”. (JORNAL DO COMÉRCIO, 1850 apud GIACOMINI, 1988, p. 54) Assim, para a mãe e os filhos se manterem juntos, dependia da escolha do comprador ou locatário em ficar ou não com os filhos. As escravas com seus filhos tendiam a possuir um menor valor, uma vez que os filhos não realizavam nenhuma atividade braçal e, por outro lado, geravam gastos.

Como um contrassenso, as mulheres escravizadas também geravam fonte de renda ao engravidarem, pois gerariam mais um investimento em mão de obra barata, que seriam seus filhos. Muitos negros eram escolhidos com esta função específica, a de procriar. O que os senhores de engenho não contavam era com a rebeldia das negras ao negarem a vida dos filhos gerados de seu ventre à servidão. Como forma de romper com este sistema, estas mulheres realizavam abortos.

O ABORTO DAS NEGRAS COMO FORMA DE LIBERTAÇÃO E PROTESTO

Se na história a atenção para a saúde da mulher era ofuscada, a saúde da mulher negra era mais negligenciada ainda, já que a mulher negra era vista por muito tempo como objeto de reprodução para os senhores, para a comercialização dos seus filhos. As mulheres negras não eram vistas como mães, não tinham laços familiares e afetivos. A comercialização dissolvia os laços, e a reprodução era condensada como prática social de poder e prazer sendo seu corpo um local de satisfação do senhor. E muitas delas, temendo que o senhor vendesse os seus filhos e que vivessem o sofrimento da escravidão, assassinavam a sua prole. Depois poderiam ser vendidas como amas-de-leite e eram vistas como má influência na educação das crianças, por possuírem cultura de raízes africanas que os brancos temiam que fossem passadas para seus filhos. (CISNE; CASTRO; OLIVEIRA, 2018; DUARTE, 2021) Deste modo, a escrava negra, desempenhava diversos papéis indispensáveis dentro do universo do trabalho, mas era hostilizada pela família senhorial, porque para desempenhar estas funções era necessário estar dentro da casa-grande como cozinheira, ama-de-leite, mucama e assim foram apontadas como deturpadoras do núcleo familiar branco. (ALVES, 1972; NABUCO, 2010; VIDAL, 1994)

Em muitos versos de Castro Alves e Joaquim Nabuco podemos observar o sofrimento das mulheres negras, sendo um importante referencial para a história nacional por refletir aspectos sóciopolíticos do Brasil Colônia, e denunciar a realidade da mulher negra que, além de ser presente na produção de trabalho, eram encarregadas da reprodução de novas gerações de trabalhadores, sendo delas retirado o direito ao exercício livre da sua sexualidade e reprodução.

No poema “A canção do africano”, Nabuco descreve: “a escrava, essa, de quinze a dezesseis anos, às vezes, nos limites da impuberdade, é entregue, já violada, às senzalas”. A escrava é um ser que nasce sem honra, exposta à violência, sem proteção jurídica ou familiar. Torna-se de uso público, tem casamentos arranjados e desfeitos pelo senhor. Aos 20 anos, já está deteriorada pelo trabalho abrasivo, pelos açoites, pelas doenças que ficam sem tratamento, pela má alimentação e pelos sofrimentos da reprodução, como afirma Nabuco: “nada denota nela mais o caráter da mulher, que o do homem”. (NABUCO, 2010, p. 37)

Em “Mater dolorosa”, o poeta se coloca no lugar da mulher negra, mãe e escrava que muitas vezes tinha a ocorrência de gravidez e maternidade transformada em punição, e expressa o dilema moral de uma mãe que prefere tirar a vida dos seus filhos ao sofrimento da escravidão. Ele diz: “filho, sê livre... Sou feliz assim.../” e pede: “perdão, meu filho... se matar-te é crime.../ Deus me perdoa... me perdoa já”, “longe, tão longe vais de mim florir”, havendo a esperança que o filho está melhor na morte do que na vida e neste sentido uma situação mais digna do que a escla-

vidão. Dado isso, temos os casos de abortos e infanticídios que poderiam indicar uma resistência da mulher negra privando uma das fontes de renda ao senhor de escravos. (ALVES, 1972, p. 53-54)

O poema “Tragédia no lar”, expressa como as mulheres negras eram submetidas a prostituição forçada mediante a subjugação sexual “negra serpe, que enraivada,/ Morde a cauda, morde o dorso,/ E sangra às vezes piedade,/ E sangra às vezes remorso?.../”. Pela revolta com a situação de reprodutora e objeto sexual, entra em conflito consigo mesma, tem piedade da situação dos companheiros e dos filhos. Na senzala, o senhor exige da negra o seu filho, informando aos compradores “é forte, de uma raça bem provada/”, indicando a prática de distinguir as etnias africanas. A mãe, interpretada pelo poeta, demonstra-se convertida aos valores brancos, rogava “a virgem santa [...]” e em seu desespero materno implora: “deixai meu filho... arrancai-me/ Antes a alma e o coração”, já que o filho é o único conforto para quem não tem mais a pátria, o lar, a honra, a alma. Sem ser atendida, o desespero leva a mãe a agir de modo tempestuoso, quer “morder os cães que o morderam.../”. E em defesa do seu filho a mãe negra enfrenta com ira os homens brancos, mas eles, com seus “punhais traiçoeiros”, matam outros negros que querem ajudar a mãe, conseguem levar a criança e a mãe vai para o tronco e endoidece. (ALVES, 1972, p. 65-77)

No poema “A mãe do cativo”, temos a mãe zelosa que balança a criança na rede que amarrou entre os galhos, mas que sente que teria sido melhor se tivesse cavado a cova para o seu filho, para poupá-lo do sofrimento, diz a voz lírica: “[...] fias à noite/ As roupas do filho na choça de palha!”, e a voz lírica acredita que fosse melhor tecer um pano branco de mortalha para envolver o corpo do pequeno. As mulheres negras não recebiam um tratamento diferenciado pela sua condição de mãe, não tinham momentos para se recuperar após o parto, e acabavam se condicionando as práticas de abortos e infanticídios, também para ferir o domínio do senhor como forma de resistência. Como enfatizou Castro Alves (1972), a morte é melhor que a escravidão, abordando com precisão e empenho as condições das mulheres negras na época.

O RACISMO CIENTÍFICO

Buscando entender melhor a natureza hígida dos povos africanos, alguns autores comparavam povos distintos. Parte disso deve-se à busca do entendimento dos perfis epidemiológicos das doenças, mas outra justificativa era a busca por argumentos que pudessem justificar um racismo crescente e academicamente promissor à época, o racismo científico. Pautado nas leis da superioridade das raças e posteriormente na busca pelo gene verdadeiro, puro e bom, esta vertente

ideológica trazia elementos caucasianos como modelo fenotípico desejado: olhos claros, cabelos lisos, tons de pele claros, traços finos, associados também a elementos culturais e geográficos. Esta vertente ideológica do racismo trazia consigo a sofisticação taxonômica para classificar, categorizar e hierarquizar as raças humanas. (SANTOS; SILVA, 2018)

Teorias antigas como o evolucionismo biológico, social e da psicologia das massas do final do século XIX, bem como o darwinismo social, uma deturpação da teoria da evolução das espécies, e os escritos do inglês Herbert Spencer sobre as culturas e raças, influenciaram na estruturação do paradigma do evolucionismo social, impulsionado na Bahia pelo médico Nina Rodrigues. Esse cientista elaborou descrições de aspectos culturais brasileiros e de tipos humanos e teorizou sobre o movimento social de Canudos. O racismo científico manteve-se hegemônico até a década de 1930. (CHAVES, 2003) Participaram da superação dessa estigmatização racista intelectuais como os dos baianos negros Manoel Querino e Juliano Moreira, os quais contribuíram, cada um a seu modo, para uma melhor representação do negro na sociedade, com estudos e a pregação de ideias dissonantes que contestavam a visão dominante. (GALVÃO, 2021)

ATUAÇÃO MÉDICA, ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS NEGROS E EM CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E A COVID-19

Em 1988 o país teve, pela primeira vez, a saúde como um direito constitucional. Foi a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas que promovessem uma organização hierarquizada e descentralizada desse sistema, que toda a gente brasileira pôde ter acesso à saúde, antes privilégio somente dos contribuintes para os fundos de pensão. Juntamente a esta, somaram-se diversas medidas de ampliação e facilitação do acesso aos serviços de saúde por todo o território nacional, a fim de reduzir as desigualdades e solucionar os desafios próprios de cada região. (SILVA et al., 2018)

No Brasil, as condições de trabalho, em especial no interior do país e espaços longe dos grandes centros urbanos, sempre foram desfavoráveis ao estabelecimento dos profissionais de saúde que visam ter uma educação continuada pela complexidade e pelo alto nível de atualizações dos conhecimentos específicos da área. Graças a isso, houve um desfalque nestes locais, tornando-os carentes de profissionais, em especial o profissional médico. (SILVA et al., 2018) A solução para muitos destes povos sempre foi optar por meios alternativos do conhecimento étnico ancestral ou a consulta aos praticantes das artes médicas, mesmo que extraoficialmente. Este cenário se perpetuou ao longo de algumas centenas de

anos e ainda é vigente nos dias atuais, em especial para as populações que carecem do acesso à saúde e saneamento básico.

O EXERCÍCIO ILEGAL DA MEDICINA E A APLICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ÉTNICOS EM SAÚDE

Farias (2012) descreve a história acerca do curandeiro Pai Manoel e o embate do curandeirismo com a Medicina imperial, vigente no estado de Pernambuco, em um período de epidemia de cólera. Àquela época haviam diversas formas de pensar e justificar os motivos pelos quais os pobres e pretos eram mais afetados pela mazela. Alguns acreditavam que estavam sendo envenenados, devido às manifestações súbitas e de consequências devastadoras da doença, para resolver as questões iminentes da escassez de alimentos. Outros apenas argumentavam que as elites, apoiadas pelos médicos, estavam se aproveitando da doença para substituir a mão de obra negra por trabalhadores imigrantes europeus. Mas o apoio ao famoso curandeiro dividia opiniões e muitos militavam de ambos os lados quando o apreenderam devido à recusa às ordens que cessasse suas práticas curativas, após período em que esteve atuante lado a lado com médicos em um hospital. Suas atuações não apresentaram maioria de resultados positivos nesta experiência, mas foi-lhe permitido que atuasse no hospital como uma medida desesperada mediante casos pontuais de melhora, mesmo comparado ao número superior de óbitos, diante do curandeiro.

De fato, o curandeirismo foi perseguido, combatido e proibido pelo Estado e pelos médicos durante o século XIX, porém, mesmo diante dessas medidas, as práticas permaneceram ativas e a busca por esses tipos de serviços eram demandadas por diversos setores sociais. (FARIAS, 2012) Mesmo com o reduzido número de médicos graduados atuantes, da expertise dos praticantes das artes médicas de modo clandestino e do prestígio e credibilidade social que estes profissionais marginalizados possuíam, o Estado e os órgãos reguladores das práticas médicas jamais incorporaram esses profissionais à prática médica oficializada, como um golpe estratégico para alavancar a saúde no país. Tal ato seria benéfico para a população, que teria mais profissionais atuantes fora da clandestinidade; para os novos profissionais legalmente habilitados, pois sairiam da ilegalidade; para os profissionais previamente reconhecidos, pois teriam maior prestígio hierárquico similar ao que acontecia entre os médicos e os cirurgiões da época; entre outros benefícios, como o de agregar conhecimentos e ter como aliados profissionais que lidavam de modo mais acessível com todas as classes sociais, podendo ainda serem disseminadores do pensamento científico dentro dos espaços que os profissionais acadêmicos encontravam resistência.

O CASO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E OS MÉDICOS CUBANOS NO BRASIL

Analogamente a este exemplo, recentemente um programa de incentivo à promoção das políticas de saúde do SUS foi alvo de ataques pelos profissionais médicos corporativos apoiados pelas elites.

Desde 1997, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada pelo Ministério da Saúde uma estratégia voltada para a reorganização e reestruturação da Atenção Básica à Saúde (ABS) e do SUS como um todo. (PASSOS, 2018; RODRIGUES et al., 2013; SILVA et al., 2018) Visando aumentar o contingente médico e buscando a ampliação da ABS, no ano de 2013, durante a gestão da presidente Dilma Rousseff, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM). Ativo desde então, o programa não foi amplamente aderido pelos médicos já formados. A estratégia do governo federal para contornar a situação foi firmar um acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde para trazer médicos cubanos para o preenchimento das vagas ociosas não preenchidas pelos brasileiros e outros estrangeiros. (BRASIL, [201-])

Em novembro do mesmo ano, o programa teve sua lei sancionada pela aprovação na Câmara e no Senado Federal, a Lei nº 12.871.

diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; 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; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (BRASIL, 2013, art. 1º)

Como demonstrado nas suas bases, o PMM ampliou não somente a cobertura da atenção médica pelo país, mas também a oferta de vagas nos cursos, bem como a abertura de novos cursos de Medicina. Muitas entidades se manifestaram a favor dos avanços trazidos pelo programa. (SILVA et al., 2018) Fazendo uma releitura temática voltada ao nosso tema central, aliado às políticas de cotas, este programa

ensejou uma possibilidade maior de inserção de mais negros e indígenas neste curso/categoria historicamente tão elitista.

Por outro lado, houve intensa pressão social por parte da mídia, figuras públicas e da comunidade médica contrária à presença de médicos cubanos ocupando esses espaços, mesmo negligenciados, baseando-se em discursos corporativistas, elitistas, xenofóbicos e de racismo explícitos para deslegitimar o trabalho desses profissionais. Muitos médicos cubanos foram hostilizados inclusive publicamente por grupos de protesto. O fato de um médico negro ser vaiado ao chegar no país demonstra o modo como, para a sociedade brasileira, é questionável o negro ocupar o lugar de um profissional marcado pelo elitismo. As manifestações contra a expansão das vagas e ampliação do acesso às faculdades de Medicina também foram amplamente criticadas pelos órgãos corporativistas e de elite. O principal contra-argumento para a não adesão dos médicos brasileiros ao PMM era a insatisfação quanto à remuneração e as péssimas condições de trabalho a que eram submetidos os médicos. (BEZERRA, 2018; SILVA et al., 2018) Motivado pelo agravamento dos discursos de ódio e mudanças políticas brasileiras, o governo de Cuba encerrou o acordo em 2018, deixando até hoje uma grande carência de atendimento médico em diversas localidades. Recentemente, o governo federal anunciou a transição do PMM para o Programa Médicos pelo Brasil. (BRASIL, 2021)

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, QUILOMBOLAS E POPULAÇÃO CARCERÁRIA: ANTES E DEPOIS DA PANDEMIA PELA COVID-19

Em 2020, o mundo entrou em estado de pandemia pela disseminação do vírus SARS-CoV-2. Arrasando economias, dizimando populações e instaurando um cenário de pânico, o novo coronavírus exigiu uma série de medidas para prevenir a contaminação em massa e a superlotação das unidades de saúde. Estabelecimentos comerciais foram fechados, foram cobradas medidas de distanciamento social e aumento na frequência de higienização. (AMORIM et al., 2022) Com o advento das primeiras vacinas, o mundo pôde contemplar um traço de normalidade novamente, embora contido devido ao crescente aumento no número de variantes do vírus. Mas em tempos de isolamento social as populações desabrigadas, isoladas geograficamente e socialmente e privadas de liberdade encaram efeitos distintos do aumento do risco à contaminação e agravamento das condições socioeconômicas. (IPEA, 2020)

É considerada população em situação de rua aqueles em condição de pobreza extrema, com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e sem moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de habitação e de sustento, de maneira temporária ou permanen-

te, além de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. São pessoas que convivem com os baixíssimos índices de qualidade de vida em diversos aspectos, como educação, segurança, saneamento básico, aspectos psicológicos e sociais, entre outros. (BRASIL, 2014b)

É importante destacar que existe uma imensa multiplicidade de fatores que levam a uma vida de rua e que vão desde motivos estruturais, como ausência de moradia, trabalho e renda, até os fatores mais subjetivos, como o rompimento das relações familiares e outros problemas, como transtornos mentais, perda de bens materiais e dependência química. (BRASIL, 2014b)

Para atender a essas pessoas, existem os consultórios na rua, considerados como facilitadores na entrada na ABS, pois a partir deles existe a possibilidade de encaminhamentos específicos dentro da rede de atenção à saúde, promovendo assim o seu processo de tratamento dentro de sua integralidade. Porém, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados e abordados, já que a população de rua apresenta uma demanda extensa com maior complexidade dentro a sua integralidade biopsicossocial, dificultada ainda mais por barreiras intersetoriais e estigmas. Outro problema é o subfinanciamento da cobertura de saúde mental. (BOLDORINI et al., 2020)

Como se não bastasse todo o sofrimento diário, preconceito e agressões diretas e indiretas vividas pelas populações de rua, Queiroz e demais autores (2021), concluem que os profissionais do SUS, responsáveis pelo cuidado integral de todos os cidadãos, são os principais responsáveis pela discriminação e pelo afastamento dessas pessoas do sistema de saúde. Dessa forma, ao invés de realizar a busca ativa, como exige a legislação, os trabalhadores em saúde impõem inúmeras condições para que essa população seja atendida, criando barreiras ao atendimento. Isso tudo contribui para maior fragilização dessa camada social e disseminação de doenças para a população em geral que poderiam ser contidas. Além disso, mostra-se necessária uma ação interdisciplinar entre os profissionais de saúde, principalmente da ABS, para garantir um atendimento integral e igualitário a esse grupo. E essa população tem aumentado constantemente em número, devido à crise econômica que assola o país, aumento da desigualdade social, volta do país ao mapa da fome e o avanço das políticas neoliberais e de desmonte do SUS, que cresceram desde o governo de Michel Temer (2016-2017) e que se agravaram na gestão de Jair Bolsonaro (2018-).

A pandemia pela covid-19 agravou as condições de higiene, a falta de alimentação e todas as vulnerabilidades a que são expostos os indivíduos em situação de rua. No período desde 2012 até 2020 esta população cresceu mais de 140% e as previsões são que estes números aumentem devido aos efeitos negativos causados pela pandemia nos diversos setores sociais. (IPEA, 2020) Esta população continua

sendo assistida pelos programas de saúde já em exercício e, embora com todas as dificuldades geradas pelas medidas de isolamento social, a solidariedade dos habitantes de muitos bairros ainda são sua grande valência neste momento difícil.

Já as comunidades tradicionais, como as indígenas e quilombolas, enfrentam outros problemas, que permeiam o enfrentamento tanto do racismo ambiental – termo referente ao negligenciamento ambiental e contaminação intencional das áreas de habitação dos grupos étnicos segregados e marginalizados – quanto da persistência de fragilidades relacionadas às questões sociais e de saúde. (FERNANDES, 2021) As dificuldades de promoção dos processos inclusivos de universalidade e equidade em saúde para essas comunidades também são um agravamento. São diversos problemas enfrentados, que dificultam o acesso à cidadania, incluindo os serviços básicos de saúde. (OLIVEIRA, 2020) São evidentes, na trajetória do SUS, as grandes falhas na inclusão de pessoas historicamente marginalizadas, apesar do processo de crescimento humano e social. As políticas públicas em saúde devem buscar a equidade por meio da atenção inclusiva a grupos especiais, principalmente às comunidades quilombolas. (FREITAS et al., 2011)

Esse grupo étnico-histórico-cultural precisa ter o apoio dos gestores públicos para legitimar suas reivindicações e as incorporarem ao reconhecimento de seus direitos como cidadãos brasileiros. É fundamental que as políticas públicas em saúde busquem a inclusão de tais grupos nas efetivas ações que completam o ciclo da responsabilidade social do Estado, onde se deve inserir a ética como princípio da consciência para se alcançar a justiça como equidade e bem-estar do ser humano. (VIEIRA; MONTEIRO, 2013) E isso é válido não apenas para as comunidades tradicionais, mas também para todos os grupos que passam por histórica invisibilidade e intensa vulnerabilidade social, como as populações de rua, as pessoas privadas de liberdade, entre outras camadas que, não coincidentemente, são formadas majoritariamente por pessoas afrodescendentes, vítimas do descaso, da marginalização, do racismo institucional e das injustiças históricas e sociais.

No tocante aos dados da pandemia, além das subnotificações acerca dos casos e dos óbitos pela covid-19 nos grandes centros urbanos, há, somado a isso, outras subnotificações, ou ainda a ausência de notificações, referente aos casos positivos e óbitos oriundos de comunidades localizadas em regiões mais remotas, como é o caso dos quilombolas e comunidades indígenas. Nestas comunidades a medida mais adotada é o isolamento sem permissões para visitas a fim de manter o vírus fora do seu convívio social. Para estes povos o acesso a profissionais de saúde é dificultoso e lento, por isso as medidas de Medicina Preventiva são mais comumente adotadas. (FERREIRA et al., 2022)

Embora sejam 52% da população brasileira, negros são 75% dos casos de morte pela polícia; pretos e pardos são 64% dos desempregados e 66% dos subutilizados.

Crianças negras possuem 2,5 mais vezes de serem vítimas de homicídio, quando comparados a crianças brancas. Em 2019, quase 67% da população carcerária era constituída por homens, negros e de baixa escolaridade. (VARGAS, 2020) Caracterizado por um quadro predominante de tuberculose, doenças sistêmicas, HIV, entre outras, o sistema prisional potencializa todos esses quadros com a superlotação, o atendimento médico inadequado, falta de espaços para práticas de exercícios e nutrição de baixa qualidade. No contexto da covid-19, todas estas deficiências se somam aos quadros de doenças respiratórias que requerem um cuidado maior, mas que também são negligenciadas pelas autoridades, provendo o abandono da população em cárcere. (VARGAS, 2020)

MEDICINA CONTEMPORÂNEA VOLTADA PARA OS POVOS NEGROS: PERSPECTIVAS DE MUDANÇA NA MEDICINA A PARTIR DA INSERÇÃO DOS NEGROS NOS CURSOS DE MEDICINA

A ciência é uma constante evolução, com constante contraposição entre teses e antíteses. A Medicina tropical baiana do século XIX acreditava que os habitantes dos trópicos eram acometidos por uma degeneração psíquica e física, baseando-se em um determinismo racial e climatológico. Por outro lado, o que chamavam de degeneração eram as doenças parasitárias típicas das regiões quentes e úmidas e que acometiam sobretudo negros e nativos. As doenças parasitárias e psiquiátricas acontecem não diretamente por conta da raça, etnia ou região em que habitam, mas por causa de fatores sociais e ambientais decorrentes da desigualdade social e estilo de vida das populações marginalizadas, que favoreciam o seu surgimento e agravamento. Em consonância com Santos (2014), um dos cientistas que mais contribuíram para desmistificar essa corrente foi o sanitarista, dermatologista, tropicalista e psiquiatra baiano Juliano Moreira, médico negro de origem trabalhadora.

A Medicina ocidental, ensinada nas universidades, foi pautada sobre parâmetros brancos, que sempre dominaram a academia. Um dos sinais mais surpreendentes dessa desigualdade racial é o fato de que em 2020 foi lançado o primeiro atlas dermatológico voltado para pele negra, idealizado por Malone Mukwende, um jovem negro e inglês estudante de Medicina. É uma obra tão simples e tão significativa, mas que jamais foi projetada antes. A importância desse estudo está no fato de que podem existir manifestações clínicas diferentes em diferentes grupos étnicos, como câncer de pele, meningite, psoríase e doença de Kawasaki, e os atlas dermatológicos são voltados para peles claras. (MUKWENDE; TAMONY; TURNER, 2020) Além disso, estudar os problemas das populações ne-

gras também é um passo fundamental para superar o racismo e a sua decorrente desigualdade na atenção à saúde.

Essa ideia foi possível porque um integrante negro chegou à universidade, reconheceu essa problemática e teve a oportunidade de resolvê-la, com motivações acadêmicas e pessoais. Todavia, sabe-se que no Brasil há uma enorme desigualdade de acesso à educação, sobretudo ao ensino superior. A presença de pretos e pretas na produção universitária e na profissão médica, além de representar um caminho de superação dos prejuízos historicamente causados, pode significar um olhar científico mais motivado e um cuidado mais atento para as questões das populações vulneráveis. É imprescindível que o profissional médico tenha conhecimentos sociais acerca da realidade de seu paciente, seus problemas enfrentados e como são enfrentados na condução do processo saúde-doença. Uma maior formação de profissionais de saúde negros trará imensos benefícios à população brasileira, sobretudo à baiana, formada majoritariamente por pessoas negras.

Para promover maior presença de negros nesses espaços, foi promulgado a Política de Cotas, pela Lei nº 12.711, com a criação de ações afirmativas que visam incluir negros, quilombolas, indígenas e estudantes de escolas públicas no ensino técnico e superior. Desse modo, as instituições de ensino universitário e institutos federais devem reservar metade das vagas para esses grupos. Conquistada com muita luta social, sobretudo do movimento negro, isso representa uma reparação histórica e uma oportunidade de ascensão social para tais populações, que foram prejudicadas ao longo dos séculos pela sociedade. (GUARNIERI; MELO-SILVA, 2017) Essas políticas foram ampliadas para outros programas de acesso à universidade, como o Programa Universidade para Todos (Prouni) e o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies).

PARTICULARIDADES DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E EPIDEMIOLOGIA

Os grupos étnicos possuem diferenças genéticas pequenas, mas que são suficientes para poder gerar algumas divergências na susceptibilidade à ocorrência e agravos de algumas patologias. Além disso, por questões históricas e raciais, determinantes sociais também induzem a diferenças na dinâmica de saúde e doença entre os grandes grupos raciais.

Entre as doenças genéticas, destaca-se a anemia falciforme, que atinge em média 8% da população afro-brasileira e 4% da população geral. Entretanto, a atenção às síndromes falciformes ainda é desconhecida por grande parte da população e inclusive por profissionais de saúde. Por sua alta prevalência e complexidade, é importante também haver uma base nacional de dados sistematizada sobre os portadores de doenças falciformes. (SOARES FILHO, 2012)

Outra doença determinada geneticamente é a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, responsável por causar episódios de hemólise aguda, ou anemia hemolítica crônica. (BRASIL, 2001) Além disso, há também grande quantidade de genes que aumentam a propensão ao desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, síndromes hipertensivas na gestação (BRASIL, 2001) e lúpus, de origens multifatoriais.

Há outros problemas que, apesar de acometer a população em geral, é agravado pela pobreza em razão de desvantagens psicológicas, sociais e econômicas e suas desigualdades. São doenças como: as do trabalho; desnutrição; verminoses; gastroenterites; tuberculose e outras infecções; etilismo e transtornos mentais. Essas doenças são mais frequentes em populações negras por questões sociais e não étnicas. O acesso a serviços de saúde é mais precário, bem como os recursos para diagnósticos e terapêutica, piorando o prognóstico para doenças que afetam negros no Brasil. (BRASIL, 2001) Além disso, é importante ressaltar também as condições menos favoráveis de trabalho, estresse, saneamento básico, educação, lazer, e estilo e qualidade de vida.

As precárias condições socioeconômicas da população negra interferem significativamente nas diferentes etapas do ciclo vital e podem contribuir para a evolução de doenças, em consequência da desatenção às suas especificidades enquanto grupo historicamente discriminado. Daí, por exemplo, a maior probabilidade de interferências no crescimento e desenvolvimento de uma criança negra, tais como menarca e características sexuais secundárias tardias; de maiores taxas de mortalidade materna entre mulheres negras, associadas à falta de acesso ao pré-natal e ao parto com assistência adequada, bem como a possíveis complicações derivadas da hipertensão ou da doença falciforme não diagnosticada pelos serviços de saúde. (CUNHA, 2001)

A exemplo disso, conforme Caldas e demais autores (2017), as taxas de mortalidade infantil nordestina – de 0 a 6 dias – na população preta e indígena foram, respectivamente, de 2,1% e 1,5%, contra 1,1% na população em geral. Já os que morreram entre 28 e 365 dias, representam 1,7% e 2,1% de pretos e indígenas nordestinos, que contrastam com 0,6% da população geral. Somado a isso, observa-se que as taxas de mortalidade infantil tendem a cair ao longo do tempo, devido à ampliação do acesso à saúde, bem como às melhores condições de educação, programas sociais de distribuição de renda, ampliação do saneamento básico, entre outros.

É por essas questões que existe desde 2010 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), visando acabar com as desigualdades no SUS e a promoção de saúde, tendo em vista que as iniquidades são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais racistas que corroboram com a

morbimortalidade das populações negras brasileiras. A PNSIPN visa melhorar a atenção em saúde desse grupo a partir da compreensão de suas vulnerabilidades e do reconhecimento do racismo como determinante social em saúde.

E com o mesmo objetivo, a Bahia possui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra desde 2013. Gomes e demais autores (2017) observam que houve muitos avanços e discussão para a implementação da PNSIPN na Bahia, entretanto, o ciclo até então não se concretizou, sendo necessário investir em ações para a consolidação de suas etapas finais – como análises e reuniões –, para definir indicadores de avaliação e monitoramento para retroalimentação, bem como a criação de indicadores de saúde, atualização daqueles já utilizados na saúde coletiva e o destrinchamento por raça/cor, a fim de promover a comparação desses indicadores de saúde em municípios e regiões diferentes do estado.

LUTA DAS PESSOAS COM DOENÇAS FALCIFORMES PELA SAÚDE DA POPULAÇÃO AFRO-BRASILEIRA

As doenças falciformes vão muito além da anemia falciforme e ainda existe muito a ser realizado no sistema de saúde. Por estarem fundamentalmente ligadas à população afrodescendente, essas doenças eram negligenciadas. Ainda hoje, não existe tratamento específico para as doenças falciformes, e somente a adoção de medidas adequadas pode diminuir os prejuízos. O atendimento de urgência também não é ideal para o manejo desses pacientes, devido à falta de instrução sobre tais patologias pelos profissionais de pronto atendimento. Além disso, atingem o organismo sistematicamente, necessitando de avaliações médicas de diversas especialidades. O ideal é a criação de centros especializados de acompanhamento e tratamento, com equipe multidisciplinar de médicos, enfermeiras, psicólogas, odontologistas, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2020) Entretanto, a Bahia, estado com maior número de pessoas vivendo com DF, ainda não conta com um centro de referência ou especializado para esses problemas.

A aquisição de direitos dessa população sempre foi muito lenta, o que só fez ampliar a dívida da nação para com ela. Movimentos de inserção mais efetivos são bem recentes, e não foram doados, mas conquistados pela luta permanente de pretos e pretas, que ganhou maior força, respaldo e efetividade com a Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, pode-se dizer que a luta pelos direitos das pessoas com doenças falciformes ganhou corpo, impulsionada pelos movimentos negros que, em 1995 – na Marcha Zumbi em comemoração aos 300 anos desde a morte do líder quilombola –, pressionaram a criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF). Uma conquista importante foi a inclusão do diagnóstico de

doenças falciformes no Programa Nacional de Triagem Neonatal em 2001, que ocorreu junto com a criação da Federação Nacional de Associações de Pessoas com Doença Falciforme (Fenafal), que participa ativamente do processo de decisões do SUS. (BRASIL, 2014a)

Já em 2005 surgiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, desenvolvida pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH). Esta instituiu práticas de atenção e cuidado, com cursos para capacitar profissionais em formação multidisciplinar e vencer a barreira do racismo institucionalizado no âmbito do próprio SUS, de modo a promover a visibilidade da doença e das pessoas com doenças falciformes. Ainda nesse ano, a UFBA passa a aplicar processos de terapia celular em lesões ósseas e de tecido, recebendo pacientes e profissionais – que vêm para estudar – de todo o Brasil. (BRASIL, 2014a) Em 2009, para lembrar essas questões, foi instituído o Dia Nacional de Luta pelos Direitos das Pessoas com Doenças Falciformes, por meio da Lei nº 12.104.

Até os dias atuais, as reivindicações de capacitação dos trabalhadores do SUS, informação e estruturação de serviços e recursos, e elaboração de protocolos para concretizar essa atenção integral ainda não estão plenamente atendidas. Ainda hoje, essas diretrizes buscam mudar a lógica de atenção prestada anteriormente às pessoas com doença falciforme, uma vez que o atendimento era concentrado nos centros de atenção hematológica, sem acesso garantido aos programas de prevenção e promoção da saúde, disponibilizados na atenção primária. (BRASIL, 2015) Só na Bahia, estima-se que 30 mil pessoas possuam a condição, que provoca anemia crônica e episódios frequentes de dor severa, decorrentes da má circulação sanguínea. Nos dez primeiros meses de 2019 foram registrados 67 óbitos por transtornos falciformes. (BAHIA, 2019) O estado já conta com verba liberada para a construção de um centro especializado, porém, até janeiro de 2022, as obras ainda não foram concluídas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da questão do negro na sociedade brasileira, o indivíduo humano é ignorado em diversos pontos da história até os dias de hoje. Ainda não temos uma sociedade devidamente preparada para aceitar o fato de que uma pessoa de pele preta e cabelos crespos possa vestir um jaleco, realizar um ótimo atendimento médico e ser um profissional altamente capacitado. Ainda existem entraves e ressentimentos sociais que dizem que o lugar do preto é nos mesmos lugares ocupados por seus antepassados.

Os meios de inserção do negro e do indígena nos espaços de prestígio, como universidades e cargos públicos, foram avanços que têm seus efeitos ressoados nos dias atuais, mas que ainda ensaiam resultados positivos para essas populações e para o povo brasileiro. Não será a partir da segregação e da exploração de uns em detrimento de outros que se fará a mudança neste país. A mudança se faz a partir da educação e da dignidade.

Durante esta leitura foi possível traçar um paralelo entre as formas de tratamento dos brancos para com o povo negro e as consequências da manutenção prolongada do racismo no Brasil. Foi possível enxergar as limitações quanto aos cuidados em saúde, em especial durante o período do regime da escravidão. Período em que pessoas eram tratadas como animais inferiores e sem valor de forma legitimada. Foi possível entender o porquê de o corpo negro ser alvo de desejo e repulsa em um sistema social que dá maiores benefícios e oportunidades a quem tenha menos melanina e mais traços caucasianos.

Ainda é difícil dizer a um jovem negro que ele terá um futuro brilhante em uma carreira médica dentro de poucos anos. Ainda é difícil manter este jovem vivo por tempo suficiente para que possa atingir a maturidade de adentrar em uma universidade. Mas com a disseminação do conhecimento e com as baixas nos índices de desinformação e da ignorância poderemos progredir para melhores estatísticas, sem que haja o estabelecimento dos “cargos para pretos e para brancos”, em uma sociedade mais equânime e igualitária. Esperamos que isso se projete em um futuro-presente para o acesso à saúde das populações de modo a melhorar a vida de não somente um indivíduo, mas de uma sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. *Os escravos*. São Paulo: Martins, 1972.

AMORIM, A. C. *et al.* Sobre o viver em uma cidade capacitista: antes, durante e depois da pandemia da COVID-19. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 49-56, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KMzJY5VLXZK8LBMnGDxk4Bt/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2022.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Estado com maior incidência de Anemia Falciforme, Bahia ganhará centro especializado*. Salvador, 20 nov. 2019. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2019/11/20/estado-com-maior-incidencia-de-anemia-falciforme-bahia-ganhara-centro-especializado/#:~:text=Só%20na%20Bahia%2C%20estima-se,66%20mortes%20notificadas%20em%202018. Acesso em: 24 jan. 2022.

BEZERRA, I. M. de D. *Percepção dos usuários do SUS sobre o programa “Mais médicos” no município de Formosa-GO*. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura

em Ciências Sociais) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás, Formosa, 2018.

BOLDORINI, G. *et al.* O impacto dos consultórios na rua frente à população em situação de rua: uma revisão de literatura. *Archives of Health*, Curitiba, v. 1, n. 6, p. 518-535, nov./dez. 2020. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/download/140/118/435>. Acesso em: 24 jan. 2022.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 jan. 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 9.459, de 13 de maio de 1997. Altera os arts. 1º e 20 da Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, e acrescenta parágrafo ao art. 140 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 maio 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19459.htm. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 12.104, de 1 de dezembro de 2009. Dispõe sobre a instituição do Dia Nacional de Luta pelos Direitos das Pessoas com Doenças Falciformes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 dez. 2009.

BRASIL. 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. Art. 1º. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. *Doença falciforme: atenção e cuidado: a experiência brasileira 2005-2010*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Saúde da população em situação de rua: um direito humano*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Doença falciforme: conhecer para cuidar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Programa Mais Médicos. *Linha do tempo*. Brasília, DF, [201-]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/linha-do-tempo>. Acesso em: 24 jan. 2022.

BRASIL. Programa Mais Médicos. *Médicos pelo Brasil X Mais Médicos: o que muda?* Brasília, DF, 17 dez. 2021. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/342-medicos-pelo-brasil-x-mais-medicos-o-que-muda>. Acesso em: 24 jan. 2022.

CALDAS, A. D. R. *et al.* Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046516>. Acesso em: 24 jan. 2022.

CARVALHO, M. A. de; PEREIRA JÚNIOR, A. Nutrição e estados de humor: da medicina chinesa antiga à neurociência. *Revista Simbio-Logias*, Botucatu, SP, v. 1, n. 1, p. 35-50, maio 2008. Disponível em: https://www1.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/ARTIGO_03_FILO_nutricao_estados_de_humor.pdf. Acesso em: 11 ago. 2021.

CHAVES, E. S. Nina Rodrigues: sua interpretação do evolucionismo social e da psicologia das massas nos primórdios da psicologia social brasileira. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, p. 29-37, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000200004>. Acesso em: 24 jan. 2022.

CISNE, M.; CASTRO, V. V.; OLIVEIRA, G. M. J. C. de. Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 452-470, set./dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p452>. Acesso em: 24 jan. 2022.

CUNHA, E. M. P. Mortalidade infantil e raça: as diferenças da desigualdade. *Jornal da Rede Saúde*, São Paulo, n. 23, p. 48-50, 2001. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/artigos-e-teses/mortalidade_infantil_e_raca_as_diferencas_da_desigualdade.pdf. Acesso em: 24 jan. 2022.

DOMINGOS, L. T. A complexidade da dimensão religiosa da medicina Africana tradicional. *Mneme: revista de humanidades*, Caicó, v. 15, n. 34, p. 167-189, 2015. Dossiê Religiões Afro-brasileiras. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/7108>. Acesso em: 24 jan. 2022.

DUARTE, P. D. *Vulnerabilidades gestacional da mulher negra: revisão integrativa*. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, 2021.

DURÃO, G. de A. *A construção da negritude: a formação da identidade do intelectual através da experiência de Léopold Sédar Senghor (1920-1945)*. 2011. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

DURÃO, G. de A. Intelectuais africanos e pan-africanismo: uma narrativa pós-colonial. *Revista Tempo e Argumento*, Florianópolis, v. 10, n. 25, p. 212-242, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5965/2175180310252018212>. Acesso em: 11 ago. 2021.

FARIAS, R. G. Pai Manoel, ocurandeiro africano, e a medicina no Pernambuco imperial. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 215-231, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000500012>. Acesso em: 24 jan. 2022.

FERNANDES, F. O que é racismo ambiental e por que falar sobre isso na escola. *Multi Rio*, Rio de Janeiro, 27 out. 2021. Disponível em: <http://www.multirio.rj.gov.br/index.php/leia/reportagens-artigos/reportagens/17388-o-que-%C3%A9-racismo-ambiental-e-por-que-falar-sobre-isso-na-escola>. Acesso em: 24 jan. 2022.

FERREIRA, L. S. S. *et al.* Desafios as assistências a saúde indígena frente a pandemia da covid-19. In: SIMPÓSIO DO GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE INDÍGENA DA UEMS, 1., 2022, Campo Grande. *Anais eletrônicos [...]*. Campo Grande: UEMS, 2022. Disponível em: <https://anaisonline.uems.br/index.php/gepsi/article/view/8012/7735>. Acesso em: 3 set. 2022.

FREITAS, D. A. *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, set./out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqgyqTxj9QhR/?lang=pt#>. Acesso em: 24 jan. 2022.

FREYRE, G. *Casa grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime econômico patriarcal*. São Paulo: Círculo do Livro S. A., 1933. (Introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil, v. 1).

GALVÃO, M. F. Antirracismo(s) de outrora: Juliano Moreira, Manoel Querino e a luta contra o racismo científico (1870-1933). *Revista Espacialidades*, Natal, v. 17, n. 2, p. 94-113, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/espacialidades/article/view/23590>. Acesso em: 24 jan. 2022.

GIACOMINI, S. M. *Mulher e escrava*. Petrópolis: Vozes, 1988.

GOMES, I. C. R. *et al.* Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 31, n. 2, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21500>. Acesso em: 22 jan. 2022.

GUARNIERI, F. V.; MELO-SILVA, L. L. Cotas universitárias no Brasil: análise de uma década de produção científica. *Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 183-193, 2017.

IPEA. *População em situação de rua cresce e fica mais exposta à Covid-19*. Brasília, DF, 12 jun. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/porta/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/2220-populacao-em-situacao-de-rua-cresce-e-fica-mais-exposta-a>

covid-19?highlight=WyJwb3B1bGFcdTAwZTdcdTAwZTNvIiwic2l0dWFcdTAwZTdcdTAwZTNvIiwicnVhIiwicG9wdWxhXHUwMGU3XHUwMGUzbyBzaXR1YVx1MDBIN1x1MDBlM28iXQ==. Acesso em: 22 jan. 2022.

JACOBINA, R. R. *Juliano Moreira: da Bahia para o mundo: a formação baiana do intelectual de múltiplos talentos (1872-1902)*. Salvador: Edufba, 2019.

JACOBINA, R. R.; MATUTINO, A. R. B.; CORREIA, F. R. (org.). *Faculdade de Medicina da Bahia: mais de 200 anos de pioneirismo*. Salvador: Edufba, 2015.

L'ÉTUDIANT NOIR: journal de l'association des étudiants martiniquais en France. Paris: Assemblée Nationale. Aimé Césaire, n. 1, année 1, mars 1935.

MACEDO, J. M. de. *As vítimas algozes*. 1869. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bn000124.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2021.

MILTON Santos fala sobre a condição do negro no Brasil. [S. l.: s. n.], [2015]. 1 vídeo (14 min 3s). Publicado pelo canal TvBolívia. Disponível em: <https://youtu.be/bvEgzA6SACA>. Acesso em: 1 jun. 2021.

MOREIRA, J. *Etiologia da sífilis maligna precoce*. 1891. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1891.

MUKWENDE, M.; TAMONY, R.; TURNER, M. *Mind the Gap: A Handbook of Clinical Signs in Black and Brown Skin*. London: St George's University of London, 2020.

NABUCO, J. *A escravidão*. Rio de Janeiro: Batel, 2010.

OLIVEIRA, R. M. S. Quilombos, racismo ambiental e formação em saúde e saúde mental: diálogos emergentes. *Revista Odeere*, Jequié, BA, v. 5, n. 10, 2020. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/6876>. Acesso em: 24 jan. 2022.

QUEIROZ, I. *et al.* A abordagem da população em situação de rua no sistema único de saúde: uma realidade que precisa ser mudada. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 8230-8243, mar./abr. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/28152/22294>. Acesso em: 24 jan. 2021.

PASSOS, D. M. *As práticas das equipes de saúde da família no contexto do programa mais médicos*. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

RODRIGUES, P. H. de A. *et al.* Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147-1166, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hS3cN5vcg7BWdZPsHg55W5s/?lang=pt#>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SANTOS, M. Ser negro no Brasil hoje: étnica enviesada da sociedade branca desvia enfrentamento do problema negro. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 7 maio 2000. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs0705200007.htm>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SANTOS, R. A. dos; SILVA, R. M. de N. B e. Racismo científico no Brasil: um retrato racial do Brasil pós-escravatura. *Educar em Revista*, Curitiba, v. 34, n. 68, p. 253-268, mar./abr. 2018. DOI: 10.1590/0104-4060.53577. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/53577/35088>. Acesso em: 21 jul. 2021.

SANTOS, R. P. dos. *Manoel Bomfim e Juliano Moreira: aproximações e oposições ao racismo científico na Primeira República*. 2014. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Formação de Professores, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, São Gonçalo, 2014.

SILVA, M. L. S. Minicurso folhas/ raízes para cura na religião de matriz Africana / medicina alternativa: a sabedoria da natureza - Mãe reizinha de hangorô: folhas e raízes. *Revise*, Santo Antônio de Jesus, BA, v. 3, p. 8-10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.46635/revise.v3i00.1678>. Acesso em: 1 jun. 2021.

SILVA, V. O. da *et al.* O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 489-502, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811712>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SOARES FILHO, A. M. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. *In*: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. *Saúde da população negra*. 2. ed. Brasília, DF: ABPN, 2012. Cap. 2, p. 34-61.

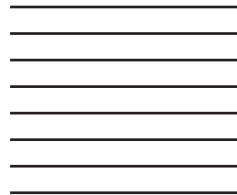
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Escola Paulista de Enfermagem. Departamento de Saúde Coletiva. *Dia Nacional de Luta pelos Direitos das Pessoas com Doenças Falciformes*. São Paulo, 27 out. 2020. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/epe/desc/epe/desc/noticias/dia-nacional-de-luta-pelos-direitos-das-pessoas-com-doencas-falciformes>. Acesso em: 24 jan. 2022.

VARGAS, T. Dia da Consciência Negra: por que os negros são maioria no sistema prisional? Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: *Informe ENSP*, Rio de Janeiro, 19 nov. 2020. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50418>. Acesso em: 24 jan. 2022.

VIDAL, M. Mulher negra, adepta do candomblé e o aborto. *Mandragora*, São Paulo, v. 1, n. 1, 1994. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MA/article/view/5310/4370>. Acesso em: 24 jan. 2022.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, out./dez. 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2013.v37n99/610-618/pt>. Acesso em: 24 jan. 2022.

VITÓRIA (ES). Secretaria de Estado de Direitos Humanos. *Novembro negro: conheça algumas expressões racistas e seus significados*. Vitória, 17 nov. 2020. Disponível em: <https://sedh.es.gov.br/Not%C3%ADcia/novembro-negro-conheca-algumas-expressoes-racistas-e-seus-significados>. Acesso em: 23 jul. 2021.



11

SAÚDE INDÍGENA: REFLEXÕES SOBRE CONHECIMENTOS ANCESTRAIS E O ACESSO À MEDICINA

Samuel de Santana Mota

Rafaela Nery de Araújo

Gabrielle dos Reis Santos

João Mateus Pereira de Araujo

*A 'triba' tuxá é forte
É forte a aldeia será
A 'triba' tuxá é forte
Tem caboco pra guerrear
Na rea rea reoa
Na rea rea reoa
Na rea rea reoa
Reina rea rea reoa.*

(Canto tradicional da comunidade indígena tuxá)

UM BREVE HISTÓRICO SOBRE OS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS INDÍGENAS LIGADAS À SAÚDE E À DOENÇA NO BRASIL

Para adentrarmos ao universo diverso que compõe a cultura e os entendimentos sobre o processo de saúde-doença da população indígena no Brasil, é importante entender brevemente como se deu parte da história que marcou este país: a chegada dos portugueses. Traremos uma abordagem sucinta utilizando como referência temporal os acontecimentos que ocorreram a partir do século XV, especificamente a partir de meados do século XVI. É crucial enfatizar que a história do Brasil não se inicia a partir dessa época, como aprendemos comumente nos livros didáticos. Ela já existia bem antes.

A história do Brasil é composta também de um período tão importante quanto a chegada dos europeus em nossas terras, mas que não será foco deste capítulo, a chamada “Pré-História”. Tal termo originou-se na falta de registros escritos que abordam de forma fidedigna a temática. O termo “Pré-História” encontra-se entre aspas por que gostaríamos de deixar claro que tal período foi fundamental para a formação da cultura brasileira ao longo de toda sua história, uma vez que diversos povos, a que chamamos hoje de índios, se organizavam e se desenvolviam produzindo cultura – a exemplo das artes rupestres –, estilos e modos de vida que se perpetuam até hoje. Tais povos originários se organizavam em comunidades, construíam suas famílias de modo particular e formavam vínculos entre si. Além disso, estruturaram línguas nativas, crenças e noções de espiritualidade, interações sociais, bem como saberes e conhecimentos sobre processos usuais do dia a dia para a subsistência humana, como a construção de moradias e a caça de animais. (GURGEL, 2011)

Portanto, faz-se necessário enfatizar a importância da história de nosso país em todos os seus períodos, valorando e mantendo vivos todos os acontecimentos e fatos ocorridos antes e depois dos anos de 1500. É errôneo restringir a nossa história à periodicidade inerente apenas ao fim do século XV, apagando drasticamente todos os fatos ocorridos anteriores a isso. Neste sentido, ao ler este capítulo, tenha ampla consciência que a história abordada, apesar de ter a sua gênese desconhecida, possui tradições e culturas que se perpetuaram durante séculos até a contemporaneidade, ressignificando-se conforme as mudanças socioeconômicas, políticas e culturais ocorridas no país e, conseqüentemente, no âmbito desses povos.

Com a chegada de Pedro Álvares Cabral ao Brasil, as populações humanas que aqui viviam foram genericamente chamadas de “índios” pelos colonizadores, uma vez que esses acreditavam terem chegado às Índias. Apesar de haver diversos

povos nativos distribuídos em toda a América, como os incas e os astecas, na América do Sul predominavam os povos tupis-guaranis.

O continente era um verdadeiro caldeirão cultural e cada povo possuía suas características. Assim, é importante ressaltar que os “índios” não se viam como um povo unificado, suas etnias eram divididas de formas variadas que não mantinham, necessariamente, qualquer tipo de identificação. (GURGEL, 2011) Por mais que os costumes e as tradições das populações nativas possuíssem características próprias, os portugueses as generalizaram a partir de características fenotípicas que consideravam existir entre elas. Conforme descreve Pero Vaz de Caminha em sua carta enviada a Portugal nos anos de 1500, na tentativa de descrever os estereótipos, os hábitos e costumes dos povos indígenas, o bioma e o espaço geográfico em geral da região:

A feição deles é serem pardos, maneira de avermelhados, de bons rostos e bons narizes, bem-feitos. Andam nus, sem nenhuma cobertura. Nem estimam de cobrir ou de mostrar suas vergonhas; e nisso têm tanta inocência como em mostrar o rosto. Ambos traziam os beijos de baixo furados e metidos neles seus ossos brancos e verdadeiros, de comprimento duma mão travessa, da grossura dum fuso de algodão, agudos na ponta como um furador. Metem nos pela parte de dentro do beijo; e a parte que lhes fica entre o beijo e os dentes é feita como roque de xadrez, ali encaixado de tal sorte que não os molesta, nem os estorva no falar, no comer ou no beber. [...] Os cabelos seus são corredios. (CAMINHA, [200-], p. 2)

As características e as culturas dos povos indígenas relatadas por Caminha eram, na realidade, muito diferentes da cultura vivenciada à época na Europa, berço do processo renascentista. O chamado Renascimento Cultural ganhou força no Velho Continente durante os séculos XIV e XVI. Pregava os ideais do humanismo, do antropocentrismo, do individualismo, do universalismo, do racionalismo e do cientificismo. Acreditava-se que essas construções estariam acima de todas as coisas e que a inteligência humana, a capacidade pensativa e questionadora do indivíduo, seriam elementos fundamentais para a evolução da sociedade e seus grupos. (BYINGTON, 2009)

Logo quando os portugueses chegaram à costa brasileira, tiveram um choque de cultura. Ao avistarem os índios sem roupas, habitando em meio a matas fechadas, morando em ocas feitas de madeiras e palhas, subsistindo através da pesca, da caça e da agricultura, visualizavam tais hábitos e modos de vida como estranhos e longe de toda a realidade na qual viviam nos centros europeus. (GURGEL, 2011) É importante informar a você, leitor(a), que grande parte das descrições e relatos sobre a cultura e as tradições dos povos indígenas, na época atual, estão

sob a ótica dos colonizadores (portugueses, franceses, holandeses e outros), como a carta de Caminha. Tais registros foram, em grande parte, produzidos a partir de observações que esses realizavam, uma vez que os povos indígenas, naquele período, ainda não possuíam domínio da escrita.

ORGANIZAÇÕES SOCIOCULTURAIS DOS POVOS ORIGINÁRIOS

Os relatos sobre os modos de vida dos povos originários no período que antecede a colonização são escassos ou inexistentes, situação que se explica pela falta do domínio da escrita dos ancestrais desses povos, como já mencionado. As únicas fontes de informações que possuímos, além dos testemunhos documentados pelos lusitanos e por outros colonizadores, são as fontes arqueológicas de fósseis ou pinturas deixadas pelos nossos ancestrais. Para se compreender os entendimentos que os povos indígenas detinham sobre saúde e doença, durante o Brasil colonial, é necessário, primeiramente, apresentar como se davam as organizações socioculturais dos indígenas, à época. A carta de Pero Vaz de Caminha é o primeiro documento oficial que relata tais aspectos.

Com relação à vestimenta, Caminha (2019, p. 2) descreveu que os índios viviam “[...] todos nus, sem coisa alguma que lhes cobrisse suas vergonhas”. O fato desses povos viverem nus ter chamado a atenção do português está diretamente atrelado aos padrões de moralidade geral ostentados pelos europeus, à época, e aos princípios religiosos da Igreja Católica em Portugal. Para os portugueses, os índios não tinham malícia por estarem com suas genitálias desnudas, sendo considerados por Caminha como pessoas “inocentes” ou, traduzindo para época, “pessoas sem pudor”. (GURGEL, 2011)

Sobre os modos de defesa e ataque, os povos indígenas também se organizavam entre si, sendo o arco e a flecha os instrumentos mais utilizados em guerras e batalhas entre etnias distintas ou até mesmo em atividades de subsistência, como a caça. Um exemplo de que os índios instintivamente protegiam seus territórios e sua comunidade foi relatado na carta de Caminha. Ao avistarem as grandes navegações chegando à praia, os ameríndios se colocaram em posição de defesa com “arcos e setas em punho”. Logo, o navegador português Nicolau Coelho pediu a eles que abaixassem as armas. (GURGEL, 2011)

A organização social dos indígenas era dividida pelo sexo biológico, sendo os homens responsáveis por atividades como a construção das ocas, canoas, a caça e a pesca. Já as mulheres ficavam com a responsabilidade sobre atividades mais artesanais e manuais, confeccionando redes para descanso, esteiras, cuidando do plantio, da colheita dos vegetais e raízes e exercendo atividade central na organização familiar, educando os filhos conforme sua cultura. (GURGEL, 2011)

Muito se fala sobre a alimentação saudável que os indígenas tinham à época. Esse imaginário advém da ideia de que esses possuíam acesso fácil a muitos tipos de frutos e outros vegetais, além da abundância de animais para seu próprio consumo – ou seja, os desavisados acreditam que não lhes faltava nada. Mas enganam-se: ao menos algumas populações originárias do Brasil tinham certas dificuldades para garantir uma variabilidade de hortaliças, frutas e verduras pela falta de insumos e materiais para o cultivo da agricultura de subsistência.

Os materiais para cultivo que possuíam à época eram feitos manualmente de madeiras e não conseguiam realizar uma escavação profunda para o plantio. Com essa situação, sua alimentação era baseada na mandioca, uma raiz que não necessita de cuidados muito aprimorados, podendo ser cultivada nos diferentes tipos de solo. Alguns autores acreditam que uma baixa variabilidade nutricional e o alto consumo de carboidratos, através da mandioca, favorecia o desenvolvimento de doenças relacionadas à desnutrição e a deformidades ósseas, por conta do baixo consumo de cálcio, e cáries dentárias pelo consumo exagerado da mandioca. (GURGEL, 2011)

Quando se pensa em trabalho humano nos dias atuais, a maioria das pessoas só consegue imaginar aquele em que ocorre a venda da força física ou intelectual, em troca de algo útil, normalmente dinheiro. Essa é uma característica marcante da sociedade capitalista. Porém, o trabalho humano, há muito séculos, se apresentava em moldes muito distantes desse. Muitos povos indígenas trabalhavam em prol da sua própria subsistência, sem perspectiva de acúmulo de riquezas – é o que chamamos de trabalho de subsistência. (GURGEL, 2011)

Para Marx (1998), uma das características essenciais do “trabalho humano” é a transformação de um objeto, ou de constituintes da natureza, para um fim bem definido. Para isso, utilizam-se instrumentos/materiais específicos e o produto final será utilizado para as necessidades humanas, conceituada pelo autor como “valor de uso”. Neste sentido, o que os povos indígenas mais faziam era trabalhar de forma muito coordenada, antes do período da colonização, transformando as matérias dispostas na natureza em meios de subsistência. (ROSDOLSKY, 2020)

O trabalho indígena realizado sob os moldes de subsistência possuía características singulares e o processo ocorria, em geral, através da cooperação entre os(as) integrantes da aldeia, os(as) quais eram ensinados(as), desde cedo, a contribuir com as tarefas e as atividades da comunidade à qual pertenciam. As atividades eram divididas conforme a idade e o sexo biológico, como mencionado. (GURGEL, 2011)

A carta de Pero Vaz de Caminha, escrita em 1500, traz descrições da vida simples que levavam os índios. Com relação à habitação, Caminha relata que as casas dos indígenas “eram de madeira, e das ilhargas de tábuas, e cobertas de palha, de

razoada altura; todas duma só peça, sem nenhum repartimento, tinham dentro muitos esteios”. Ainda segundo ele, a “cada casa se recolhiam trinta ou quarenta pessoas”. (CAMINHA, 2019, p. 9-10)

Deste modo, é notório que os índios, além de utilizarem dos materiais dispostos na natureza para transformarem em um lar, não possuíam uma cultura individualista: a moradia estava disponível para todos de forma compartilhada. As terras para cultivo também eram de uso coletivo, assim como tudo o que seria colhido delas.

Através do trabalho para subsistência, os povos originários retiravam da terra apenas o necessário para a sua sobrevivência. Não há relatos de desmatamento, seja para construção de aldeias ou, até mesmo, para outras atividades de exploração. O bioma da Mata Atlântica, até então muito bem preservado, era bem visto do alto-mar, como relata Caminha (2019, p. 14): “a estender olhos, não podíamos ver senão terra com arvoredos, que nos parecia muito longa”.

AS DOENÇAS ANTES E DEPOIS DA CHEGADA DOS EUROPEUS AO BRASIL

Na atualidade, se fala muito sobre promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças, e a literatura hodierna possui um acervo imenso e minucioso sobre diversas patologias, seus mecanismos de ação, bem como seus respectivos tratamentos. Isso graças a descobertas científicas realizadas por cientistas. Existem muitos fármacos, tecnologias de ponta em cirurgias, profissionais especializados, muitos artigos e teses, hospitais e centros de saúde sofisticados. Enfim, vários recursos (humanos, tecnológicos e materiais) utilizados no combate de uma das piores condições de vulnerabilidade humana: a doença.

Mas você já parou para pensar do que os índios sofriam naquela época em que sequer existia energia ou medicamentos sintéticos? Será que eles viviam em um paraíso e não possuíam dificuldades? No seu imaginário, você acha que eles adoeciam? E se sim, quais eram as doenças que os(as) assolavam antes e após a colonização? Essas perguntas possuem respostas e trazem reflexões bastante interessantes, pois é comum que a sociedade associe a vida dos índios a um “mar de rosas” aqui na América. Por eles terem uma conexão bastante profunda com o meio ambiente, seriam insuscetíveis ou mais resistentes a moléstias. Porém engana-se quem pensa dessa forma.

As doenças fazem parte do cotidiano humano e seus grupos, sendo uma condição intrínseca do indivíduo a probabilidade de adoecimento, em qualquer fase de sua vida. Não é diferente com os povos indígenas. A imagem que normalmente temos dos índios perfeitos e saudáveis deve-se ao fato, mais uma vez, da escassez de registros e documentação da época pré-colombiana. Segundo Gurgel (2011),

as únicas formas possíveis para identificar supostas doenças que afligiam os índios são os relatos dos colonizadores do período após 1500 e ferramentas da arqueologia e outras ciências que permitem inferências a partir da análise das ossadas.

Gurgel (2011) descreve em seu livro algumas doenças que acometiam os indígenas, a partir de análises e buscas realizadas em sítios arqueológicos e através de relatos documentados por europeus. Um dos primeiros pontos analisados pela autora foi o baixo índice nutricional de alguns grupos indígenas, após análises realizadas em um sítio arqueológico em Santa Catarina, através de alterações na estrutura óssea dos sambaquis encontrados. Segundo esses estudos, tal quadro de desnutrição acometia mais o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Aliado a esse quadro, as cáries dentárias também são relatadas como um problema presente em populações indígenas. Vimos que a mandioca era um produto de fácil manejo e utilizado de forma intensa na alimentação de certos povos indígenas. Tal situação sustenta a hipótese de que certas crianças não conseguiam desenvolver suas estruturas biológicas e funcionais com uma alimentação baseada, sobretudo, em carboidratos.

O uso excessivo da mandioca do tipo “brava” também trouxe problemas para algumas populações indígenas, como o bócio. Essa raiz possui uma substância tóxica e, quando consumida por humanos, pode causar lesões neurológicas e alterações no funcionamento da tireoide. A dificuldade de captação de iodo por essa glândula decorre dessas alterações e leva o indivíduo a apresentar sinais clássicos da garganta inchada e aparecimento do chamado “papo”. O bócio que acometia certas populações indígenas foi documentado no século XVIII, porém encontra-se na literatura relatos de que este problema existia antes. (GURGEL, 2011)

A antropofagia, ou “canibalismo” – ato ritualístico de comer carne humana –, é uma prática cultural de algumas etnias indígenas e pode ter facilitado o adoecimento de indivíduos. O ritual é propício à disseminação de certas doenças, que podiam contaminar quem fizesse ingestão de carne humana crua ou malcozida. Acredita-se que uma patologia denominada de “kuru”, que causa estado de demência progressiva, é um exemplo de doença disseminada através das práticas de antropofagia. Tal hábito era praticado, sobretudo, em contextos de guerras e disputas. Certas culturas indígenas acreditam no simbolismo do ato de se alimentar de partes do inimigo perdedor, no sentido de aumentar sua resistência e força. (GURGEL, 2011)

A autora relata também algumas parasitoses, cujos indícios foram encontrados em sítios arqueológicos, que hipoteticamente acometiam esses povos. São elas: doenças causadas por ácaros; amebíase; giardíase; ancilostomíase; ascariíase; teníase, além de outros tipos de verminoses. Outra doença bem conhecida atualmente e possivelmente presente na população indígena antes da colonização

foi a tuberculose – era chamada de tísica pelos índios à época. Tal hipótese é apresentada em estudos de arqueólogos, paleontólogos e antropólogos que analisaram ossadas e encontraram deformidades na coluna vertebral de alguns nativos, especificamente no corpo das vértebras, sugestivo de tuberculose óssea na coluna vertebral, atualmente classificada como mal de Pott. (GURGEL, 2011)

Acredita-se que a ocorrência da doença de Chagas, causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, tenha sido relatada na América por europeus no século XVIII. Contudo, não há evidências concretas de contaminação pela moléstia nos períodos que antecedem o início da colonização. Imagina-se que o barbeiro *Triatoma infestans*, vetor da doença no ser humano, chegou às Américas pela região Andina. No Brasil acredita-se que a partir das expedições, e da consequente derrubada de grandes extensões de mata para instalação do cultivo do café e da cana-de-açúcar, o barbeiro tenha encontrado espaço propício para reprodução. (GURGEL, 2011) Após a chegada dos europeus, a doença assolou muito os índios brasileiros, devido às suas condições de moradia. As ocas eram, em geral, feitas de palhas e madeiras, que serviam de esconderijo e moradia para os barbeiros.

Outras doenças, como a leishmaniose tegumentar americana, a malária e a febre amarela, também são relatadas e ditas responsáveis por um elevado número de mortes de indígenas. (GURGEL, 2011) É importante destacar que a maioria dessas doenças foram trazidas pelos colonizadores e que os índios foram descobrindo formas de tratamento através, sobretudo, de plantas medicinais e de rituais sagrados. A Medicina lusitana, praticada por jesuítas aqui no Brasil após a colonização, possuía muitas limitações, principalmente a falta de médicos formados. (BELLA, 2003)

PRÁTICAS ANCESTRAIS QUE CURAM

Em geral, nas culturas indígenas realizar rituais de cura é um dom e atribuição realizada apenas pelo pajé. Como sábio líder espiritual, trata de diversas questões como aquelas que envolvem fenômenos da natureza, a resolução de certos problemas que ocorrem na comunidade e da saúde e da doença dos membros desta. Embora haja variadas etnias e povos, as práticas de cura indígenas possuem similaridades, segundo a literatura encontrada. (REZENDE; MORAES; PERINI, 2018)

O pajé detém os saberes espirituais que recebe dos seus ancestrais e consegue – através de ervas, alimentos e outros recursos da natureza – curar certas enfermidades, através de um conhecimento passado de geração para geração. Para muitos povos indígenas, o vento, sol, a chuva e até os animais estão envolvidos nos processos de cura. (MIRANDA, 2017)

Mas como alguém se torna pajé? A comunidade escolhia um de seus membros, que passava por rituais de iniciação feitos pelo então pajé. Tais rituais englobavam jejuns prolongados, submissão à picada de vários insetos e ingestão de poções secretas. Se passasse por esses testes com êxito, o escolhido estava apto, podendo, então, desfrutar dos privilégios de ser o pajé da comunidade. Porém, se os familiares de um doente não estivessem satisfeitos com os rituais de cura realizados por ele, isso poderia lhe custar a vida. (MIRANDA, 2017)

O pajé atuava com diversos rituais de cura, fazia tratamentos relacionados ao celestial milagroso, mas não desconsiderava as alternativas terrenas. Um dos recursos para rituais de cura indígenas é o sangue humano ou de animais, considerados revitalizantes. A saliva também estava incluída nesses procedimentos, revelando ação cicatrizante. As fezes não faziam parte dos rituais, pois eram consideradas impuras por algumas dessas culturas. (REZENDE; MORAES; PERINI, 2018)

Outras tradições utilizavam partes de animais, o que Rezende, Moraes e Perini (2018, p. 439) definem da seguinte forma:

A cabeça ou cauda de serpentes, gordura de onça, sapos queimados, bicos, chifres, ossos e garras que, reduzidos a pó, eram dissolvidos em água e consumidos após decocção. Quando necessário, o pajé realizava manipulações cirúrgicas simples e reduções de fraturas – como tala utilizava-se a bainha das folhas de palmeiras.

Alguns povos indígenas acreditavam que os espíritos malignos eram responsáveis pelo adoecimento dos seres humanos e, por isso, realizavam rituais específicos, dos quais trataremos aqui. Está curioso(a) para entender mais sobre esse universo tão diferente do nosso dos dias atuais? Primeiramente, é necessário entender que a arte da cura indígena era baseada no empirismo. Isso significa que foi construída a partir da experiência, de observações e vivências desses povos. As doenças eram, geralmente, associadas aos espíritos malignos e só haveria cura se esses espíritos fossem embora do corpo do enfermo. Assim, o trabalho do pajé consistia em retirar esses espíritos através de práticas que a Medicina ocidental chama de exorcismo e de fórmulas mágicas que dariam a possibilidade ao indivíduo de se recuperar e viver livre da enfermidade.

Para alguns povos, os sintomas de doenças considerados leves e passageiros podem não demandar uma cura espiritual. Neste caso, o uso dos remédios é prescrito no âmbito familiar, por qualquer pessoa que possua conhecimentos nesse sentido, que são normalmente, pessoas com mais experiência de vida e idade. (REZENDE; MORAES; PERINI, 2018)

Para os kaiowa, por exemplo, nas doenças na área da cabeça, o uso da cura espiritual é considerado o mais eficaz. Contudo, quando essa não se manifesta de modo crônico, ou não produz significativas afecções no corpo, como manifestações de agressividade e mudanças comportamentais bruscas, podem recorrer a remédios do mundo dos “brancos” ou prescritos por curandeiros (índios e não índios), residentes nas cidades e vilas estabelecidas nos territórios de ocupação tradicional desse povo. (GARNELO; PONTES, 2012)

Existem alguns instrumentos importantes para os rituais de cura. Eles produzem sons e se fazem presentes em dias de rituais. Você já ouviu falar no maracá? O maracá é um instrumento parecido com um chocalho, muito utilizado nas cerimônias de rituais de cura. Ele é manipulado pelo pajé, que ao chacoalhá-lo, repreende os espíritos malignos, consistindo em uma forma de se comunicar com esses espíritos e expulsá-los. Outro instrumento poderoso usado para o processo de cura é o toré, uma cerimônia realizada em formato de dança. Forma-se um círculo e com os pés no chão os índios cantam e fazem sons para se conectarem com a natureza. São utilizados maracás e outros instrumentos musicais nessa cerimônia.

Você já ouviu falar em chupar ferimentos ou machucados? Hoje em dia são práticas não usuais para o tratamento de feridas. Mas essa era uma prática comum de cura em certos povos indígenas. Eles acreditavam que chupar a ferida retirava toda a impureza presente no indivíduo. O pajé também utilizava uma técnica de cura baseada no sopro de uma fumaça gerada por uma planta sagrada. Ele expelia uma grande quantidade de fumaça até provocar o vômito e, assim, libertar o enfermo dos espíritos que lhe atacavam. (MIRANDA, 2017)

Outra prática bastante frequente são as massagens e a fricção. A ligação com a natureza é um elemento muito forte, que além de direcionar os caminhos, fornece matéria para a realização de certos rituais de cura, como pedras específicas presentes nas florestas. Com elas são realizadas massagens e fricções que, a depender da enfermidade/nível de dor, poderiam durar horas. Tais práticas são desgastantes para o pajé, que pode parar para descansar, se alimentar e depois voltar para dar continuidade ao processo. (MIRANDA, 2017)

O que se fazia quando um índio se machucava e tinha um ferimento exposto? Não existiam recursos para cirurgias, tampouco materiais como gases, álcool, pinças etc. Se utilizava métodos não convencionais, como a sangria. Para neutralizar a dor ou por suspeita de ferimentos internos, utilizavam-se objetivos pontiagudos para realizar a flebotomia. Geralmente, eram usados dentes de animal com ponta fina para se fazer o corte, em busca da melhora. Em ferimentos abertos muitos indígenas costumam utilizar linhas de cipós para fechá-los e facilitar a cicatrização. Agora, que tal conhecer mais sobre a importância das plantas?

O conhecimento empírico era de extrema importância para os povos indígenas. Como toda a construção do saber passado de geração para geração, o respeito e o cultivo de plantas, cascas, folhas, raízes, frutos, sementes e ervas eram fundamentais para muitos desses povos. Além de curar os enfermos, elas são consideradas sagradas e possuem resultados surpreendentes no quesito cura. A mãe natureza é considerada por eles como a principal fonte de manutenção de sua saúde. E todo esse simbolismo surgiu muito antes da chegada dos europeus na América.

Aroeira, agrião, babosa, carqueja, chapéu-de-couro, cipó, eucalipto, funcho, folha de guavirova, guiné e diversas outras são plantas que possuem efeitos medicinais. Esses são atualmente reconhecidos pela ciência e utilizados até hoje pelos brasileiros. O alho, por exemplo, é um tempero muito comum em nossa comida, ele possui função fitoterápica, assim como estimula o sistema imunológico e contém antioxidantes e substâncias anti-inflamatórias. (IGNÁCIO, 2020) Outra planta bastante comum utilizada primeiramente pelos indígenas é o tabaco, conhecido como “petum”. Com atributos mágicos e religiosos, havia grande diversidade de nomes para essa planta, registrada pelos naturalistas quincentistas e seiscentistas: petun, pitima, pettin, petigma, petume. (MIRANDA, 2017)

Vale a pena ressaltar que, embora o pajé seja o protagonista em grande parte dos rituais de cura, há outros agentes que contribuem ativamente para esse processo, como as benzedadeiras, rezadores e curandeiros, que atuavam efetivamente na manutenção e promoção da saúde e do bem-estar de alguns grupos sociais, incluindo os indígenas.

A SAÚDE INDÍGENA NA ATUALIDADE: OLHARES SOBRE A BAHIA

A construção de uma política de assistência à saúde para os povos indígenas é reflexo de um processo gradual, que resultou na idealização de um modelo de atenção à saúde diferenciado. Pautada no respeito pela Medicina tradicional indígena, a proposta visa uma maior cobertura e a garantia de acesso e participação social dessa população. Dessa forma, a Constituição Federal de 1988, em que consta o reconhecimento da cidadania e autonomia dos povos indígenas, representa um marco na elaboração da rede de atenção à saúde dessas populações. Embora ela ainda não seja uma realidade equânime, tem revelado progressos significativos.

Durante as décadas de 1980 e 1990, algumas conferências foram realizadas para debater a questão da saúde indígena, a exemplo da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, ocorridas em 1986 e 1993, respectivamente. A partir disso a idealização de uma estrutura que atendesse as especificidades dos povos indígenas começou a tomar forma, resultando em um modelo de atenção baseado na estratégia de

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Posteriormente, alguns órgãos foram criados para desenvolver ações voltadas para a elaboração de diretrizes e princípios de políticas governamentais, no campo da saúde indígena. Esse foi o pontapé para a construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que se encontra em voga nos dias atuais. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002)

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas está fundamentada no respeito pela diversidade cultural, social, histórica, geográfica e política dos povos indígenas. Ela tem como principais objetivos assegurar o direito ao acesso universal e integral à saúde, como preconizado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e, atrelado a isso, promover e incentivar a participação da população indígena no processo de planejamento, execução e avaliação das ações em saúde, considerando as necessidades e especificidades de cada povo. (BRASIL, 2020) Nesse sentido, suas diretrizes perpassam pela:

Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural, monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas, articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, promoção do uso adequado e racional de medicamentos, promoção de ações específicas em situações especiais, promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas, promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e controle social. (BRASIL, 2002, p. 13)

Essas diretrizes estão voltadas, portanto, para uma atenção à saúde baseada no reconhecimento da diversidade cultural e social dos povos indígenas. Ela leva em consideração os costumes tradicionais e promove a interlocução entre diferentes saberes, na tentativa de fomentar a melhoria do estado de saúde dessas populações. Tendo as especificidades dos povos indígenas em vista, é imprescindível que haja uma articulação intra e intersetorial, que vise promover ações coordenadas entre órgãos e ministérios para alcançar, efetivamente, os princípios e diretrizes estabelecidos na PNASPI.

A COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE AOS POVOS INDÍGENAS NA BAHIA

O Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi criado no ano de 1999, por meio da Lei Arouca nº 9.836/99. Ele é composto pelos DSEIs. Atualmente, as ações de saúde destinadas a esses povos estão sob responsabilidade da Secretaria

Especial de Saúde Indígena (SESAI), contínua ao Ministério da Saúde. (FUNAI, 2020)

No ano de 2010, a partir da publicação do Decreto nº 7.336 do Ministério da Saúde, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena, com a responsabilidade de coordenar a PNASPI e a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Sua criação é reflexo das reivindicações organizadas pelo movimento social indígena. A SESAI tem como missão assegurar a atenção à saúde indígena a partir da garantia de promoção, proteção e recuperação da saúde dos referidos povos de forma integral, resolutiva e humanizada, respeitando as peculiaridades desse grupo. Nesse sentido, fica a cargo da SESAI o exercício de orientar o desenvolvimento das ações e participar da gerência dos DSEIs. (BRASIL, 2020)

A proposta de criação dos DSEIs surgiu com a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, intentando-se ofertar atendimento à saúde de todas as comunidades indígenas aldeadas. O DSEI caracteriza-se como uma unidade gestora com atenção descentralizada e com autonomia administrativa, orçamentária e financeira, sendo organizada por regiões. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2018)

Os DSEIs contam com atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos em enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Além desses, estão presentes antropólogos, educadores e profissionais de outras áreas que são acionados quando se julga necessário. Os AISs, enquanto indígenas que recebem preparação para atuar como agentes de saúde, a partir das diretrizes da PNASPI, exercem suas funções dentro das aldeias, com o propósito de favorecer a união entre os saberes ocidentais e aqueles oriundos dos povos originários. Nesse sentido, devem trabalhar para garantir a harmonia entre as diferentes práticas terapêuticas. (BOLETIM INFORMATIVO ESPECIAL, 2009)

É imprescindível que as EMSIs possuam preparação e competência cultural para saber lidar com as visões de mundo sustentadas pelas diversas comunidades indígenas distribuídas pelo Brasil. As propostas de ação de prevenção e promoção da saúde devem ser acompanhadas pelo reconhecimento, consideração e respeito à diversidade dos povos originários e de suas percepções sobre o binômio saúde-doença, como preconizado pelas diretrizes da PNASPI. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2018)

Atualmente, existem 34 DSEIs distribuídos a partir de critérios epidemiológicos e geográficos, que obedecem aos distintos aspectos culturais de cada povo indígena em diferentes espaços territoriais. (BRASIL, 2020) A estrutura planejada para cada DSEI conta com uma rede de serviços, onde o atendimento é realizado de acordo com os níveis de complexidade exigidos. Essas unidades sa-

nitárias são compostas pelos postos de saúde, pelos polos-base e pelas Casas de Saúde Indígena (Casais). (GARNELO; PONTES, 2012) Os postos de saúde caracterizam-se como a base de organização dos serviços de saúde dentro dessa rede. Eles possuem uma estrutura física simples e um aporte tecnológico de baixa densidade. A proposta é que exista um posto de saúde em cada aldeia. A atuação técnica nessas unidades é realizada permanentemente pelos AISs. (GARNELO; PONTES, 2012)

Os 34 DSEIs abrigam 351 polos-base. Os polos-base representam a primeira referência para os AISs que estão atuando dentro das aldeias. Sua localização não necessariamente está vinculada a uma comunidade indígena, de modo que sua sede pode estar localizada em um município de referência. Os polo-base I estão localizados dentro das aldeias e contam, sobretudo, com atuação dos AISs. Já os polos-base II tem sua sede em um município de referência e operam com equipes multidisciplinares. É de responsabilidade dos polos-base fornecerem atenção básica à saúde para as comunidades indígenas que estão sob sua competência. (INSTITUTO OVÍDIO MACHADO, [201-])

As Casais estão situadas em sede municipais de referência e devem realizar o acolhimento e dar apoio aos doentes. Esses são referenciados da aldeia e dos polos-base. Sua principal função é auxiliar o acesso do paciente indígena aos atendimentos secundário e terciário e oferecer apoio durante esse trânsito da aldeia para o local urbano em que deve realizar o tratamento. Muitas vezes, o paciente não conta com o suporte familiar próximo. (GARNELO; PONTES, 2012)

O DSEI Bahia se entende por todo litoral e interior do estado. Seu município sede é Salvador. Atualmente, o DSEI/BA oferece atendimento a 19 etnias, distribuindo-se em 135 aldeias. São elas: atikun, capinauá, funi-ô, kaimbé, kantaruré, kiriri, pankararé, kambiuá, pankararú, pataxó, pataxó hã hã hãe, payayá, truká, tumbalalá, tupinambá, tuxá, tuxi, kariri-xocó e xucuru-xariri. Ao total, abrange 29 municípios e uma extensão territorial de 165.194 km². Na Bahia, o DSEI conta com o suporte de nove polos-base tipo II. De acordo com balanço da saúde indígena realizado em 2018, a população atendida corresponde a 30.471 pessoas. Já em relação aos recursos humanos disponíveis nessa rede, soma-se o total de 474 profissionais. (BRASIL, 2020)

De acordo com o plano distrital de saúde indígena que diz respeito ao DSEI/BA, o perfil epidemiológico traçado demonstra que, entre as principais causas de morte, as mal definidas apresentam maior proporção – equivalente a 41,2%. Em relação aos demais casos, os óbitos por doenças circulatórias representam 17,6%, neoplasias representam 9,8%, doenças respiratórias e causas externas representam 7,8% dos óbitos. (BRASIL, 2020) De acordo com dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) no ano de 2019, no tocante

à prevalência e incidência de morbidades no território correspondente ao DSEI/BA, foram registrados 3.231 casos de pacientes acometidos. Dentro disso, notou-se a maior prevalência das doenças circulatórias, equivalente a 24,8% dos casos. Doenças respiratórias também apresentam uma porcentagem significativa, com 24,1% de casos. Entre as demais, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo representam 9,8%, seguidos de distúrbios endócrinos, nutricionais e metabólicos, com 7,4%. (BRASIL, 2020)

A seguir, vamos acompanhar a conversa que os autores do presente capítulo tiveram com moradores da comunidade indígena tuxá, localizada no município de Rodelas (BA). Nela, essas pessoas contaram um pouco das suas experiências e fizeram relatos pessoais acerca do posto de saúde indígena com sede na aldeia, de competência do DSEI/BA.

Pergunta: Já houve atuação de algum médico indígena no posto de saúde? Se sim, que diferença você notou entre o médico indígena e o médico não indígena?

Sim, já houve atuação de médico indígena dentro da aldeia. O médico indígena é mais focado e mais preocupado com a ciência tradicional da comunidade... faz mais uso de remédios naturais, e se preocupa mais com a comunidade, além de ser mais aceito pela aldeia justamente por fazer parte da comunidade e compreender melhor as especificidades do povo. Já o médico não indígena recorre mais ao uso de prescrições com medicações de farmácias.

Pergunta: Como foi a experiência com os médicos do Programa Mais Médicos? Houve boa aceitação por parte da comunidade?

Na nossa comunidade foi uma experiência muito boa. Tivemos boa aceitação pelas pessoas. Foram médicos bons que deixaram saudades, muito prestativos e atenciosos.

Pergunta: A estrutura física do posto de saúde é ideal para atender as necessidades da comunidade?

A estrutura física é simples, deixa a desejar. Ainda falta muita coisa. Mas como nos outros postos de saúde nas outras aldeias deixa a desejar, na infraestrutura, faltam mais salas... mas a gente vai se virando com o que tem.

Pergunta: Existe o respeito com o conhecimento tradicional da comunidade e suas formas de cura?

Sim, existe bastante respeito pela ciência da comunidade. O uso da medicação muitas vezes é a segunda opção, quando a medicina natural, da aldeia, não satisfaz. Então é muito comum, o uso de remédios naturais, usando ervas e também a procura pelo pajé em casos de adoecimento.

Pergunta: Como você enxerga a importância do agente indígena de saúde?

O agente indígena de saúde é uma ponte, um elo de ligação entre a comunidade indígena e o posto de saúde. Ele está constantemente em contato direto com a população. Conhece minimamente os detalhes, até mesmo os pessoais, de cada pessoa que vive na aldeia. Os agentes são responsáveis pelas visitas domiciliares que são feitas diariamente.

Pergunta: A comunidade costuma frequentar cotidianamente o posto de saúde?

Sim, ultimamente a comunidade tem frequentado cada vez mais o posto de saúde. A comunidade é participante, colaboradora da saúde indígena e da importância do posto de saúde na comunidade.

Pergunta: Quais as principais ações em saúde desenvolvidas pelo posto de saúde?

Existem bastante ações de educação em saúde [...] as palestras, as atividades desenvolvidas, por exemplo, para a saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão, atendimento odontológico, preventivo, consultas de puericultura. O foco é na parte preventiva que é feito a partir da educação em saúde, consultas e atividades desenvolvidas dentro da comunidade em conjunto.

Pergunta: Como você enxerga a importância de ter um posto de saúde dentro da aldeia?

É importante o posto de saúde dentro das comunidades indígenas porque tem como objetivo preservar a identidade cultural desses povos, respeitando as suas especificidades.

Pergunta: A EMSI atende as necessidades de saúde da comunidade?

A equipe multidisciplinar em saúde, lamentavelmente, não supre na totalidade as necessidades da comunidade principalmente por conta da estrutura física do posto de saúde que não oferece condições. Mas essa equipe é mais eficaz por conta de que são formados profissionais indígenas que conhecem e fazem parte do povo da nossa aldeia.

A história dos povos indígenas no Brasil é marcada, desde seu princípio, pela luta por sobrevivência. Dentro disso, ressaltam-se as reivindicações pela garantia do direito à vida, à delimitação e conservação das aldeias, de manter vivas suas tradições, bem como o respeito às suas cosmovisões. Tais aspectos, que estão interligados, compõem e asseguram a vida dos povos originários. O espírito de luta desses povos surge em consonância com a busca por autonomia política e reconhecimento de seus direitos enquanto cidadãos desse país. Considerando a história do Brasil, as lutas dos povos originários são de imenso valor. Tais grupos sobreviveram à massacres, catequizações, epidemias, escravidão, tortura, negligência e tiveram seus territórios invadidos e explorados. (ROCHA; PORTO; PACHECO, 2019)

A ameaça à vida e à cultura dessas pessoas, cujos ancestrais estavam em terras hoje ditas brasileiras muito antes do que qualquer homem branco, também se reflete na busca pela preservação dos conhecimentos indígenas sobre a saúde e a doença. A história desses saberes é marcada pelo enfrentamento de processos sociais que resultam na vulnerabilização desses povos, associada à exclusão e à luta pelo direito à saúde. No campo da saúde pública, as manifestações do movimento social indígena ganham notoriedade e se intensificam, no mesmo momento em que ocorre a ressignificação do direito à saúde, com o objetivo de assegurar uma política específica para a saúde indígena. Como exemplo disso, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio representou um grande marco dessa luta. No ano de 1999, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), e realizada, por pressão do movimento social indígena, a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígena. Essa conferência resultou na organização dos DSEIs. (ROCHA; PORTO; PACHECO, 2019)

O sentimento de união e força é uma marca dos povos indígenas no Brasil. Isso é refletido até mesmo nos cantos tradicionais que fazem parte da cultura, como aquele transcrito na epígrafe deste capítulo, a título de ilustração e homenagem à essa força.

REPRESENTATIVIDADE IMPORTA! A RELEVÂNCIA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL INDÍGENA NO CAMPO DA SAÚDE

A interculturalidade é uma marca do campo de atuação da saúde indígena. Dentro desse espaço, a prática profissional em saúde para a população indígena é encarregada de concretizar o diálogo entre dois sistemas de cura com saberes e práticas que se distanciam, em muitos casos. O sistema médico ocidental é baseado em uma determinada racionalidade científica ocidental, que vem sendo construída pelas sociedades ao longo do tempo. Os sistemas indígenas de saúde são considerados subjetivos pela ótica científica ocidental e são plurais. Eles são representantes de um conhecimento não validado pelos parâmetros gerais do ocidente. Muitas das concepções indígenas opõem-se ao reducionismo do modelo biomédico, que mensura o adoecimento a partir de uma perspectiva biologicista e individual. Ao contrário disso, nas culturas indígenas, o adoecimento ganha sentido com implicações e determinações coletivas, em uma relação com o corpo social. (MARTINS, 2017)

Assim, o profissional de saúde não indígena, com uma formação acadêmica reprodutora do discurso biomédico ocidental, depara-se, geralmente, com uma situação conflituosa, quando inserido em contexto de atuação para com as comunidades indígenas. A superação desse embate implica na reconsideração das

práticas, concepções e valores desses profissionais. Nessa direção, a competência cultural é um instrumento essencial para lidar com a pluralidade desses grupos. (MARTINS, 2017) Inclui-se para a atuação profissional dentro da saúde indígena, de acordo com Mendonça (2013), citado por Martins (2017), ferramentas indispensáveis, como a sensibilidade cultural, a visão política, a capacidade de escuta e o diálogo. Além do conhecimento e domínio sobre referenciais antropológicos, à exemplo de conceitos como o de “cultura” e de “relativismo cultural” e da compreensão acerca das singularidades dos sistemas de saúde específicos de cada comunidade.

Segundo Menéndez (2003), para promover o respeito pelas práticas culturalmente diferenciadas de cura e cuidado da saúde é necessário que os agentes dos sistemas de saúde (re)conheçam esses universos culturais. Dessa forma, a importância de ter profissionais indígenas no campo da saúde se dá, principalmente, devido à capacidade de compreensão e identificação das concepções e práticas tradicionais que caracterizam a Medicina indígena e que se afastam, de certo modo, do modelo biomédico. Assim, existem outros contornos sob a ótica do que é a saúde e a doença para os povos indígenas e essa pluralidade de significados deve ser respeitada por todos os profissionais da área. (MARTINS, 2017)

Além disso, trabalhar com saúde indígena também significa manter o diálogo e atuar junto a outros atores e práticas, como o AIS, as parteiras, xamãs, pajés e rezadores, que são figuras detentoras de conhecimento sobre as práticas tradicionais de cuidado, dentro das culturas indígenas. (MARTINS, 2017) Assim, a subjetividade se faz presente durante toda a atuação dos profissionais de saúde – sejam eles indígenas ou não –, haja vista a carga de questões e peculiaridades que estão envolvidas na experiência de adoecimento e no reconhecimento do que é saúde para povos que possuem culturas próprias. (MARTINS, 2017) Essas precisam ser preservadas para o bem das comunidades indígenas e de toda a humanidade.

A CRIAÇÃO DAS COTAS PARA PESSOAS INDÍGENAS NAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS

Os povos indígenas, durante muito tempo, foram negligenciados em vários sentidos, desde direitos básicos institucionalizados até o uso dos recursos humanos oferecidos à população. Há cerca de dez anos, houve grandes conquistas para as populações indígenas, principalmente no quesito educacional. Em agosto de 2012, instâncias governamentais criaram a Lei nº 12.711, a qual reflete uma política afirmativa de cotas que intenta reparar historicamente e dar a oportunidade para que os jovens indígenas adentrem o ensino superior.

A lei prevê que 50% das vagas nas universidades sejam destinadas para estudantes oriundos de escolas públicas. (BRASIL, 2012) Dentro dessas vagas estão reservadas, com base no território e em critérios específicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vagas para as pessoas auto identificadas como de cor parda, preta ou indígena. Historicamente, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) foi a pioneira a estabelecer o primeiro programa de cotas no Brasil, em 2003. A partir disso, outras universidades começaram a aderir ao programa de cotas e, até 2006, cerca de 43 delas já tinham adotado tal política. Em 2010, o país atingiu o marco de 83 instituições de ensino superior que inseriram a cotas em seus sistemas de ingresso. (GUARNIERI, 2008)

O reconhecimento da importância das cotas no Brasil reflete o compromisso com o combate ao racismo e outros preconceitos, como o de classe. As cotas surgiram como uma oportunidade de reparação pelos séculos em que os direitos civis das populações indígenas e de origem africana foram usurpados. A chegada dos europeus em solo brasileiro marcou o início de processos muito longos de contínua extorsão e apropriação de um território que já pertenciam aos povos originários das Américas. A escravização e exploração desses povos violaram seus direitos enquanto seres humanos, ameaçando suas vidas e suas culturas. Os povos indígenas, como atores essenciais da história no Brasil, participaram da construção de uma sociedade cuja cultura é extensamente rica em termos, inclusive, de saberes. As ações afirmativas, além de promoverem um reparo histórico, destacam a importância de se desconstruir preconceitos secularmente sedimentados no imaginário da sociedade brasileira.

A política de cotas para estudantes indígenas iniciou-se na Universidade Federal da Bahia (UFBA) no ano de 2005. Nele, a instituição incorporou ao seu processo seletivo (vestibular) a garantia de 2% das vagas aos descendentes de indígenas, fomentando o acesso e o direito à educação que pertence a essas comunidades historicamente fragilizadas. Tal política objetiva uma universidade plural, diversa, através da qual os(as) indígenas pudessem ter acesso a espaços de prestígio, pensados para gerar conhecimentos e trocas intelectuais. Espera-se também que os futuros profissionais indígenas possam contribuir com suas comunidades e seu povo, trazendo benefícios para a qualidade de vida e para as ações de promoção da saúde.

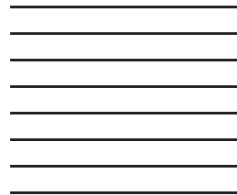
A UFBA possui um conjunto de políticas que auxilia a permanência dos ingressantes indígenas na instituição, oferecendo suporte material e imaterial. A Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil (Proae) da universidade dispõe aos estudantes mais vulneráveis socioeconomicamente o acesso (dentro de um número de vagas concedidas) à residência universitária, restaurante universitário, auxílios moradia, alimentação, transporte, óculos e outros.

O documento “Evolução dos Números”, divulgado e disponível no *site* da Pró-Reitoria de Planejamento e Orçamento, demonstra de forma seriada a evolução de ingresso de indígenas aldeados na UFBA. De 2003 a 2013, a média de classificação girou em torno de 1,54%. O ano de 2006 teve o percentual mais alto de classificação (2,3%), e o ano de 2013 o mais baixo (0,6%). (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2020) Esses dados indicam a necessidade de ampliação do acesso desses estudantes à UFBA, buscando fortalecer e reconhecer ainda mais a diversidade racial e os valores culturais da população brasileira. Além disso, tal iniciativa é importante no sentido de tentar superar as desigualdades raciais existentes no Brasil, não apenas na educação, mas em outros setores da sociedade.

REFERÊNCIAS

- BELLA, H. *Cristãos-novos e seus descendentes na medicina brasileira (1500-1850)*. São Paulo: Edusp, 2003.
- BOLETIM INFORMATIVO ESPECIAL. Brasília, DF: FUNASA, n. 8, abr. 2009.
- BRASIL. Lei nº 12.711 de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 ago. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm. Acesso em: 2 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Plano distrital de saúde indígena 2020-2023*. Salvador, 2020.
- BYINGTON, E. *O projeto do renascimento*. São Paulo: Zahar, 2009.
- CAMINHA, P. V. de. *A Carta de Pero Vaz de Caminha*. [Brasília, DF]: Ministério da Cultura, [200-]. Disponível em: http://objdigital.bn.br/Acervo_Digital/Livros_eletronicos/carta.pdf. Acesso em: 2 mar. 2021.
- FUNAI. *Conferência Nacional de Política Indigenista - Propostas priorizadas pela Plenária Final*. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/arquivos/conteudo/ascom/2016/doc/propostasurgentesnovo.pdf/view>. Acesso em: 2 mar. 2021.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: FUNASA, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 2 mar. 2021.
- GARNELO, L.; PONTES, A. L. (org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília, DF: MEC-SECADI, 2012.

- GUARNIERI, F. V. *Cotas universitárias: perspectivas de estudantes em situação de vestibular*. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- GURGEL, C. *Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos*. 2. reimpr. São Paulo: Contexto, 2011.
- IGNÁCIO, Z. M. *et al.* (org.). *Educação popular e saúde: o cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais na cultura indígena kaingang*. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.
- INSTITUTO OVÍDIO MACHADO. DSEI. [S. l.], [201-]. Disponível em: http://www.institutoovidiomachado.org/saudeindigena/?page_id=731. Acesso em: 2 mar. 2021.
- MARTINS, J. C. L. *O trabalho do enfermeiro na saúde indígena: desenvolvendo competências para atuação no contexto intercultural*. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- MARX, K. *O capital: livro I*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.
- MIRANDA, C. A. C. *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaço de cura*. 3. ed. Recife: Ed. UFPE, 2017.
- REZENDE, J. M.; MORAES, V. A. de; PERINI, G. E. (org.). *Seara de Asclépio: uma visão diacrônica da medicina*. 2. ed. Goiânia: Editora UFG, 2018.
- ROCHA, D. F. da; PORTO, M. F. de S.; PACHECO, T. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 383-392, fev. 2019.
- ROSDOLSKY, R. *Gênese e estrutura de O Capital de Karl Marx*. Tradução César Benjamin. Rio de Janeiro: EdUERJ: Contraponto, 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. *Como funciona a organização dos serviços de saúde indígena no Brasil*. Rio de Janeiro, 7 fev. 2018. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/como-funciona-a-organizacao-dos-servicos-de-saude-indigena-no-brasil>. Acesso em: 2 mar. 2021.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *UFBA em números 2020: ano base 2019*. Salvador, 2020. Disponível em: <https://proplan.ufba.br/sites/proplan.ufba.br/files/ufba-em-numeros-2020.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021



12

“ENTREGA O SEU CORPO SOMENTE A QUEM POSSA CARREGAR”: CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO À SAÚDE DE PESSOAS TRANSGÊNERAS EM SALVADOR

Vinicius Pereira de Carvalho

Ayla Moraes Vitório Guerra

Laura Soares Gandra

Fernando Meira de Britto Oliveira

Laura Francisca Moura Santos

Lindracy Luara Bollis Caliaría

Thaiz de Andrade Pedrosa

INTRODUÇÃO

A construção social do conceito de gênero no ocidente está historicamente relacionada com o estabelecimento de relações de poder entre homens e mulheres, definindo seus corpos e papéis na sociedade como um referencial de normalida-

de. Neste capítulo, compreendemos o gênero enquanto produto e dispositivo de uma realidade sociocultural, que define caminhos para autoidentificação, pertencimento e ação individual e coletiva; e organiza características em cenários circunscritos para a representação e construção de corporalidades, nas quais pretende-se atuar (ou não) de acordo com referenciais pré-estabelecidos.

No palco desse teatro, as cisgeneridades compreendem as identidades de gênero que atendem às expectativas socioculturais roteirizadas numa suposta binaridade desde antes do período gestacional, antes mesmo da identificação do órgão genital. Essas identidades cisgêneras são naturalizadas e padronizadas em corpos e vivências fixados como normais, biológicos e ideais, recusando quaisquer possibilidades de nomeação da diferença. Nesse sentido, Viviane Vergueiro (2016) indica que a conceituação da cisgeneridade possui como uma de suas principais características a pré-discursividade, segundo a qual seria possível utilizar certos atributos dos corpos humanos para estabelecer correspondências de sexos “de nascimento” e identidade de gênero. Consideram-se apenas duas alternativas para ser/estar no mundo – macho/homem ou fêmea/mulher – e a permanência imutável a uma dessas categorias desde o nascimento é assimilada como coerente e adequada. (VERGUEIRO, 2015) O sistema cisheteronormativo em sua função de atribuir sexos e papéis de gênero também é abordado por Paul B. Preciado (2014, p. 25), considerando o sexo como uma tecnologia de dominação capaz de reduzir o corpo em zonas erógenas:

A natureza humana é um efeito da tecnologia social que reproduz nos corpos, nos espaços e nos discursos a equação natureza = heterossexualidade. O sistema heterossexual é um dispositivo de produção de feminilidade e masculinidade que opera por divisões e fragmentações do corpo: recorta órgãos e gera zonas de alta intensidade [...] que depois identifica como centros naturais e anatômicos da diferença sexual.

As transgeneridades englobam as identidades de gênero – entre pessoas não binárias, homens e mulheres transgêneras – que destoam das concepções pré-discursivas de sexo e gênero e das possibilidades de correlação entre elas, defendendo a produção e reconhecimento sociocultural do gênero. Quando a normalidade é demarcada a partir das identidades cisgêneras, as transgeneridades são movidas para o espaço da subalternidade, vistas como irreais, fruto do imaginário ou de transtornos patológicos. Desse modo, corpos e gêneros inconformes com tais normas evidenciam a necessidade de compreender as diversidades corporais.

Apesar de as modificações corporais – que abarcam terapias hormonais, cirurgias plásticas e outras – constituírem desejo comum entre boa parte das pessoas

transgêneras,¹ na busca por aproximar o corpo físico que possuem do corpo que idealizam para suas identidades de gênero, devemos ter em mente que o cuidado da saúde dessa população não se limita a esses procedimentos. Contemplar as necessidades de saúde dessas pessoas concerne à garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis de atenção e densidade tecnológica. À vista disso, a Atenção Primária à Saúde (APS) pode oferecer potencialidades na coordenação do cuidado das pessoas transgêneras, tornando-se indispensável para efetivação do atendimento das demandas individuais e coletivas. Dessarte, sabendo que as conquistas dos direitos da população trans no âmbito da saúde se deram com muita luta e movimentação social, compete-nos questionar: como ocorreu a evolução das políticas de saúde para a população LGBTQIAP+,² e em especial transgênera, ao longo dos anos em Salvador – Bahia? Como acontece, na prática, o atendimento a essas pessoas dentro do nosso sistema de saúde? Elas são vistas, respeitadas, compreendidas?

Buscando de alguma forma responder a essas perguntas, objetivamos, com este capítulo, revisitar algumas ideias que estão em volta da crítica à patologização e exclusão social de pessoas transgêneras, além de apresentar os pontos de cuidado em saúde da cidade de Salvador, acessados por essas pessoas e que foram localizados em nossa busca. Realizamos uma interlocução de abordagem qualitativa com fontes bibliográficas – a partir de uma pesquisa livre sobre o tema – e fontes orais – pessoas que construíram e estão na gestão de espaços de cuidados em saúde direcionados às transgeneridades, usuários desses estabelecimentos e integrantes da gestão governamental das políticas e serviços de saúde. Nesse sentido, após a consulta e autorização, procedemos a entrevista de: Ailton da Silva Santos – assistente social com especialização em Gênero e Sexualidade e doutorado em Saúde Coletiva, atua na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia na área técnica de saúde da população LGBTQIAP+, coordenando o Ambulatório Multidisciplinar em Saúde de Travestis e Transexuais do Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP); Diego Nascimento – integrante do Coletivo De Trans pra Frente, cliente dos serviços oferecidos através do Complexo Hospitalar

- 1 Compreendendo que não existe um modelo de como ser pessoa não binária, homem ou mulher trans, a vontade de alteração nos caracteres corporais varia de acordo com as necessidades individuais. Acreditamos que esse processo não deve ser visto como a “adequação” de um corpo à uma identidade de gênero, dado que as corporalidades de pessoas transgêneras são “naturalmente” transgêneras, modificando-se apenas os juízos, desejos e pertencimentos produzidos nas interações sociais.
- 2 Esta abreviação é utilizada com o intuito de abranger as minorias sexuais e de gênero. Utilizamos, neste texto, para fazer referência às pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneras, *queer*, intersexuais, assexuais, pansexuais e de outras identidades sexuais e de gênero “dissidentes”.

Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e do CEDAP; Erik Asley Ferreira Abade – enfermeiro, doutorando em Saúde Pública e membro do campo temático sobre a saúde de sujeitos LGBT da Prefeitura Municipal de Salvador; Gabi Santos – enfermeiro obstetra e componente do Coletivo De Trans pra Frente; Luciana Mattos Barros Oliveira – médica, doutora em Endocrinologia, professora da UFBA e coordenadora do Ambulatório Transexualizador do COM-HUPES-UFBA; Luiz Roberto de Barros Mott – sociólogo, escritor, doutor em Antropologia, professor aposentado da UFBA e fundador do Grupo Gay da Bahia (GGB).

O QUE PODE UM CORPO SEM JUÍZO?³

Marta Maria de Sá, conhecida como Martinha, foi uma transativista da cidade de Salvador que representou papel importante na luta por direitos da população LGBTQIAP+, sobretudo das pessoas transgêneras. Nesta seção, além da literatura revisada e das entrevistas obtidas durante a pesquisa, utilizaremos alguns dos relatos pessoais fornecidos por ela, com o intuito de contextualizar em Salvador e apresentar alguns aspectos relacionados com a negação de direitos, exclusão social e patologização de vidas transgêneras.

Quando pensamos na transfobia, é relevante observar que a exclusão social é determinada ainda na infância, quando a norma cisgênera é desafiada através da externalização de comportamentos e expressões corporais considerados “incongruentes” com o gênero atribuído no nascimento – uma criança visualizada como homem, por exemplo, pode sofrer intolerância por apresentar traços apontados como “femininos” e brincar com bonecas. Desse modo, as práticas identitárias assumidas na infância parecem ser recursos por meio dos quais se inicia um controle rigoroso da sexualidade (BENTO, 2017) e gênero, objetivando conduzir a criança na construção de um corpo observado como “normal”, qual seja o binário, cisgênero e heterossexual. (VERGUEIRO, 2015, 2016) Martinha confirma esse pensamento na medida em que indica que a sua corporalidade manifesta levou ao afastamento das instituições escolares e familiar, o que, por sua vez, provocou

3 “O que pode um corpo sem juízo?” (2020) é o nome de uma canção de Jup do Bairro, na qual a artista tece uma reflexão sobre a construção das corporalidades humanas, indicando que a sua produção acontece no processo de sociabilidade, a partir de distintos mecanismos. Essa música foi escolhida para intitular esta seção pois concentra a ideia central que a organiza, qual seja que a exclusão social, negação de direitos e patologização de pessoas transgêneras é definida pela organização social, não sendo determinada pela “natureza”. Assim como “O que pode um corpo sem juízo?”, todas as músicas citadas neste capítulo são de pessoas transgêneras ou fazem referência a elas e estão disponíveis em plataformas de *streaming*.

a aproximação com o trabalho infantil, na forma da prostituição, aos oito anos de idade:

Éramos sete irmãos e o único que deu para... naquele tempo, era eu. Naquele tempo chamava ‘pederasta’. Pelo meu trejeito minha mãe sempre dizia: ‘esse menino não vai dar pra que preste’. E ela dizia: ‘se você der pra pederasta eu lhe mato, lhe dou um cristal de pimenta no ânus e se você tiver dormindo eu dou uma injeção de estriçnina’. [...] Aí quando eu [...] fiz oito anos, me apavorei com aquelas palavras e desertei de casa, fui morar na rua. Aí foi quando eu conheci a prostituição, com oito anos para prostituição. Comecei a me prostituir, me prostitui e fui vivendo. [...] Não, não estudei não porque eu era expulsa do colégio. [...] Quatro vezes! ‘Seria um mau exemplo para os alunos’, assim os colégios diziam para a minha mãe. (SÁ, [2018])

Assim como na vida de Martinha, a exclusão social atravessou muitas outras pessoas transgêneras. Esse é o caso da artista Linn da Quebrada (2017a), que falou sobre as repercussões sociais de sua autoafirmação identitária em uma de suas músicas, “A Lenda”: “[...] Eu fui expulsa da igreja! (ela foi desassociada)/ Porque uma podre maçã deixa as outras contaminada/ Eu tinha tudo pra dar certo/ E dei até o cu fazer bico/ Hoje meu corpo/ Minhas regras/ Meus roteiros, minhas pregas/ Sou eu mesma quem fabrico [...]”. Observamos, neste relato de Linn, que o processo de enfrentamento da norma imposta ao seu corpo provocou a libertação e (re)construção de si, revelando-nos que as violências contra pessoas transgêneras permeiam muito mais que o campo da agressão física, atingindo aspectos sociais e simbólicos que aprisionam e escravizam vidas em nome da manutenção de um pensamento dominante. Berenice Bento (2017) considera que no Brasil existe uma “LGBTTFobia cordial”, definida por uma ausência de segregação nos marcos da lei associada à expressão de intolerância contra pessoas que manifestam a negação do corpo normatizado e naturalizado socialmente, em relação à identidade de gênero e/ou orientação sexual. Nesse sentido, mesmo que atualmente não existam dispositivos legais que coloquem pessoas LGBTQIAP+ em espaços de exceção, a exclusão sofrida diariamente explícita que ainda muito esforço deve ser direcionado para o combate das ideias que categorizam as pessoas permanentemente a partir de seus órgãos genitais. Trata-se de uma problemática estrutural, refletindo todo um sistema⁴ colonial. (VERGUEIRO, 2015, 2016)

4 “A corruptela ‘cistema’ [...] têm o objetivo de enfatizar o caráter estrutural e institucional – ‘cistêmico’ – de perspectivas cis+sexistas, para além do paradigma individualizante do conceito de ‘transfobia’”. (VERGUEIRO, 2015, p. 15)

Em relação à prostituição, apresentada na fala de Martinha, a título de exemplo, visualizamos que os processos sistêmicos de exclusão social fazem com que esta seja uma das únicas opções de trabalho disponíveis para pessoas transgêneras, visto que a afirmação de suas identidades de gênero, associada, entre outras coisas, à negação de educação escolar e à hipersexualização, suscita a negação de acesso a outros empregos. Porém, como os corpos trans são “a própria materialidade da impossibilidade de assimilação” (BENTO, 2017, p. 59), não é preciso trabalhar na prostituição – uma profissão malquista em nossa conjuntura social – para sofrer com os efeitos da marginalização. Nesse e em outros contextos, as pessoas transgêneras estão cercadas de muitos cenários que se interseccionam, geram e tensionam riscos e vulnerabilidades. Refletindo sobre os processos de (in) visibilidade⁵ trans, Viviane Vergueiro (2015, p. 213) indica que, em muitos momentos, pessoas transgêneras desejam a inviabilização de suas transgeneridades dado que “ser visível enquanto pessoa trans* significa, no mais das vezes, ser alvo de ridicularizações, estranhamentos, exotificações e outras violências [...]”. De acordo com Martinha, isso era ainda mais grave durante o período de Ditadura Militar brasileira (segunda metade do século XX), no qual esteve diante de inúmeras prisões arbitrárias e violências cometidas pelos próprios agentes do Estado:

Naquele tempo da ditadura não era fácil. Isso aqui [aponta para o antebraço esquerdo] foi uma garrafa de pinho sol que eu quebrei, me lasquei, porque o homem disse que ia me matar, um agente policial. [...] A gente ia comprar uma carne no açougue de manhã, a polícia via e levava. Só saía se tivesse uma calça, uma camisa e um sapato. Se tivesse pega de roupa de mulher, feminina, vestido, saia, não saía. (SÁ, [2018])

[...] Por que houve tanta tortura? Só pelo fato de ser transexual na época? [...] Por que esse sofrimento? Por que essa raspagem de cabelo? Por que os militares na época torturavam a gente? [...]. Chegar no ponto da gente ter que ir no Fórum Ruy Barbosa pedir a um juiz um habeas corpus coletivo pra poder a gente andar dentro de Salvador. [...] quando eles faziam aquelas arbitrariedades com a gente, dizia: ‘isso é pelo nome dos bons costumes’. (SÁ, [2015])

Ainda hoje o direito de ir e vir é dificultado às pessoas transgêneras, uma vez que é na rua em que acontece grande parte das agressões e assassinatos, com a tendência de possuir traços de crueldade e tortura (BENTO, 2017), indicando que

5 Pensando a invisibilidade enquanto a tentativa de assumir uma corporalidade que não seja observada enquanto transgênera, na perspectiva de ser lida como uma pessoa cisgênera; e a visibilidade como a própria decodificação social de que uma pessoa apresenta uma identidade transgênera. (VERGUEIRO, 2015)

o ódio que motiva essas agressões tem raízes profundas, ancoradas na organização social e sustentadas nos dispositivos da colonialidade. (VERGUEIRO, 2016) É essa (des)organização social que também determina a patologização das identidades transgêneras, concebida a partir do corpo que foge do conjunto de caracteres hegemônicos – binário-cisgênero-heterossexual. Nessa ideia, os sujeitos estão enquadrados nos padrões concebidos – biomédicos-coloniais – para a normalidade quando possuem “[...] uma certa coerência fisiológica e psicológica em termos de seus pertencimentos a uma ou outra categoria de ‘sexo biológico’, e que tal coerência se manifeste nas expressões e identificações vistas como ‘adequadas’ para cada corpo”. (VERGUEIRO, 2016, p. 260)

Em vista disso, podemos considerar que as abordagens medicalizantes das transgeneridades iniciam-se no século XIX, quando a homossexualidade foi caracterizada como uma doença pela Biomedicina. (DAMETTO; SCHMIDT, 2015) Naquele momento o termo “homossexualismo” era utilizado inadequadamente para fazer referência a todas as pessoas LGBTQIAP+. Em meados do século XX, o “transexualismo” começou a ser descrito no interior da comunidade biomédica, de modo a prescrever os mecanismos diagnósticos para sua abordagem, culminando na sua adição, em 1980, na terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-III) (ARÁN; MURTA, 2009) e, em 1992, na décima edição do Código Internacional de Doenças (CID-10). (BENTO, 2017) Na quarta edição daquele manual (DSM-IV), datada de 1994, o termo “transexualismo” foi substituído por “transtorno de identidade de gênero” (ARÁN; MURTA, 2009), e na quinta edição (DSM-V), de 2015, por “disforia de gênero”. (BENTO, 2017)

Contudo, essas alterações não diminuíram o caráter patologizante fixado no manual psiquiátrico (VERGUEIRO, 2015), que impõe uma padronização para a transexualidade – ao delinear as características que devem ser encontradas em uma pessoa trans – e desconsidera todas as questões que estão relacionadas com a vivência sociocultural das transgeneridades. (ROCON et al., 2020) Nessa perspectiva, Diego Nascimento considerou que o caráter patologizante “[...] limita severamente a autonomia dos indivíduos sobre seus próprios corpos [...]”. A Medicina ocidental contemporânea, ao declarar uma dominação epistêmica e ontológica de matriz colonial (GUIMARÃES et al., 2020), afirmou como verdadeira – adjetivada através da biociência – a concepção que relaciona o denominado “sexo de nascimento” com identidade de gênero, por meio dos órgãos genitais – sujeitos nascidos com pênis são considerados homens e aqueles com vaginas visualizados como mulheres. Nessa ideia, o sexo é compreendido como um dispositivo pré-discursivo, isto é, que antecede os saberes e práticas culturais, e por isso está relacionado com a qualidade do que é proveniente puramente da “natureza” – estabelecendo o padrão de sexos e gêneros. (VERGUEIRO, 2016) Todavia,

o “sexo anatômico” possui função atribuída no discurso, sendo o processo da construção da sexualidade anterior à determinação sexuada dos órgãos. Paul B. Preciado (2014, p. 25), por exemplo, mostra que “o sexo, como órgão e prática, não é nem um lugar biológico preciso nem uma pulsão natural”, porquanto é um produto biossociopolítico da dominação heterossexual, de modo que “[...] o processo de criação da diferença sexual é uma operação tecnológica de redução que consiste em extrair determinadas partes da totalidade do corpo e isolá-las para fazer delas significantes sexuais”. (PRECIADO, 2014, p. 26) Dessa maneira, assim como o gênero, a determinação do sexo não ocorre por vias “naturalmente biológicas”.

Todo o processo nosológico em torno das transgeneridades somado à hegemonia de concepções de sexuação e generificação da vida acarretou a produção de estigmas e desigualdades em todos os âmbitos da vida das pessoas transgêneras, que, entre o normal e o patológico, estão numa constante busca pelo estabelecimento de suas próprias normas de vida, na luta travada pelo direito à vida e à saúde. Se o poder patologizante da Biomedicina está em íntima relação com a exclusão social, a doença não parece ser proveniente das transgeneridades, mas sim da sociedade, que marginaliza e violenta essas pessoas, produzindo intenso sofrimento em suas vidas. Prova disso é o relato de Martinha sobre os primeiros anos da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/aids), em que a hostilidade do seio social foi fundamental para a estigmatização associado à doença:

[...] quando a gente ia pra rua, o que é que eles faziam: ‘olha a Aids, olha a Aids’, ficavam gritando. Se a gente entrasse em um [transporte] coletivo aqui, ou eles botavam para fora do ônibus, do coletivo, ou ficavam olhando para a cara da gente e faziam: ‘A-I-D-S’ [simulando um espirro]. Quando eles prendiam a gente e diziam: ‘vai ficar uma semana aí’. Aí a gente sempre carregava gilete na boca, dentro da caixa de fósforo, alguma coisa. E na hora que eles diziam... a gente se mutilava para não ficar presa, [entrevistador: eles achavam que o sangue] era contaminado e mandava embora. (SÁ, [2018])

Outra questão ligada ao processo de patologização diz respeito à necessidade de adoção de práticas terapêuticas para combater e/ou corrigir o transtorno/desordem – conforme o referencial da Biomedicina –, a exemplo das cirurgias de “redesignação sexual” e terapias hormonais. No Brasil, somente em 1997 a cirurgia de “transgenitalização” foi autorizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), ainda que, naquele momento, com caráter experimental. Segundo a Resolução CFM nº 1.482/1997, o procedimento obteria “o propósito terapêuti-

co específico de adequar a genitália ao sexo psíquico” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997, p. 20.944), pois a pessoa transexual seria portadora “de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou auto-extermínio”. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997, p. 20.944) Seguindo essa lógica, torna-se necessário o diagnóstico de transtorno mental para que haja acesso ao processo “transexualizador” na rede de saúde, ou seja, é preciso que a pessoa transgênera que deseje realizar mudanças em seus caracteres submeta-se à patologização, o que demonstra uma nítida desigualdade em saúde, já que as pessoas cisgêneras não passam por isso quando querem realizar mudanças corporais. (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009) Ademais, é preciso enfatizar que as transformações corporais não devem ser configuradas como terapia, dado que, além de não existir doença a ser tratada, essas modificações apresentam o objetivo de aproximar o corpo próprio do corpo idealizado, que varia de pessoa para pessoa. Mais recentemente, a Resolução nº 2.265/2019, de 20 de setembro de 2019, do CFM reafirmou o diagnóstico (bio)médico como dispositivo orientador da produção das práticas no interior dos serviços oficiais de saúde, de forma a negar o direito de autodeterminação, garantido no Brasil através de decisão do Supremo Tribunal Federal, e fechar os olhos para os processos sociopolíticos de vulnerabilidade e violência. Enveredando a manutenção do exercício de biopoder sobre as corporalidades transgêneras, a corporação (bio)médica ignora as pesquisas científicas desenvolvidas na ótica das vivências das transgeneridades e oferece ferramentas que corroboram com o retrocesso de políticas públicas, em curso no cenário nacional. (MATOS et al., 2020)

Por conseguinte, a patologização se soma a outras formas de violência cometidas no interior das instituições de saúde. (ROCON et al., 2020) Tudo começa com a identificação do usuário, em que deve haver o uso do nome social, que é aquele que as pessoas transgêneras preferem ser chamadas. A utilização desse nome é garantida no SUS por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, na qual está disposto que em todo documento deve constar o nome civil e o nome social, assegurando a adoção do nome desejado e descartando-se a identificação “[...] por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas”. (BRASIL, 2011, p. 12) Entretanto, muitas vezes o desrespeito ao nome social é observado na prática, o que, para Ailton Santos, constitui-se como um grave problema para o próprio sistema de saúde, em razão de, além de provocar agravamento do processo de adoecimento, devido ao atendimento inadequado e desencontro terapêutico, ocasiona o “[...] afastamento dessas pessoas em relação à atenção básica, e isso impactava a média e alta complexidade, já que elas retor-

navam com um quadro bem mais complicado para cuidar”.⁶ Todavia, ainda que em situações de urgência e emergência, a transfobia se faz presente no cotidiano dos serviços de saúde. Este foi o caso de Martinha, que buscou o Hospital Geral Roberto Santos ao apresentar sintomas de um acidente vascular cerebral, mas teve atendimento negado quando médico plantonista percebeu que era uma travesti. (TRANSFOBIA..., 2016)

Porquanto são “*violentadas mesmo quando estavam frágeis, cursando alguma doença*” (Ailton Santos), a transfobia distancia as pessoas transgêneras do sistema de saúde, provocando o reforço dos problemas que decorrem da ausência de acesso adequado à moradia, educação, saúde e alimentação de qualidade. (BRASIL, 2013b) Dessarte, ocorrências transfóbicas se traduzem em violação do direito à saúde, um dos direitos humanos fundamentais que está previsto em diversos documentos que regulamentam o SUS. Na tentativa de tensionar a produção de um sistema de saúde que ofereça cuidado equânime, episódios transfóbicos, como admissão de uma travesti em uma enfermaria masculina, podem ser evitados, reduzindo a morbimortalidade da população transgênera. (MELLO et al., 2011) Desse modo, considerando que o SUS está em contínua construção e as práticas desenvolvidas no seu interior em constante disputa, faz-se possível e necessária a organização de políticas e programas de saúde direcionados ao fortalecimento da equidade, abarcando, por exemplo, atividades de educação permanente e controle social.

Resta então saber quais iniciativas estão sendo mobilizadas para o enfrentamento da transfobia institucional no âmbito das práticas individuais e coletivas desenvolvidas nos serviços de saúde. Nessa direção, enfatizamos que o processo de luta contra a transfobia exige o encaminhamento de “traições do sistema”, evidenciadas na contraposição das normas de gênero e na construção de movimentos que privilegiem o protagonismo e ação das pessoas transgêneras: “[...] autoorganizações econômicas e políticas trans*, redes de proteção e cuidado independentes do sistema patologizante colonial, propostas e ações culturais e intelectuais decoloniais críticas”. (VERGUEIRO, 2015, p. 225-226) Ademais, considerando a colonialidade expressa no sistema e as interseccionalidades que atravessam as corporalidades transgêneras, é necessário manejar esforços para o combate de todos os tipos de opressão e dominação social, como as de âmbito racial, étnico, cultural e religioso. Nesse sentido, parafraseando Ventura Profana e Podenserdesligado – na canção “Resplandescente” (2019) –, no processo de despatologização e garantia de direitos será importante, por exemplo, colocar a “[...]”

6 Entrevista realizada com o coordenador do Ambulatório para Travestis e Transexuais do Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP/SESAB), Ailton Santos, Salvador, 2021.

Travesti no comando da nação [...]” e desejar “[...] Que o macho caia/ E o seu Deus transicione [...]”.

ESTRATÉGIAS E SERVIÇOS PARA O CUIDADO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANSGÊNERA EM SALVADOR

Nesta seção, faremos um breve apanhado das estratégias e serviços de cuidado em saúde oferecidos à população transgênera na cidade de Salvador, abordando a importância dos movimentos sociais LGBTQIAP+ na construção de políticas públicas e no remodelamento das práticas adotadas no SUS. Nosso recorte temporal compreende o período que parte da década de 1980 até o ano de 2021, quando este texto foi produzido. A proposta é construir uma interlocução com a despatologização das pessoas que não se enquadram nos padrões cisheteronormativos e que sistematicamente foram invisibilizadas e subalternizadas em nossa história. Baseando-se em Mc Tha, compreendemos que esse processo adquiriu matriz colonial e causou violências diversas nas vidas transgêneras, marginalizando, humilhando, negligenciando e matando não apenas fisicamente, mas como sujeito de direitos e deveres:

Não faço cara nem pose/ Caminho na contramão/ Enquanto mais eu me envolvo mais namoro a solidão/ Ainda hoje lembrei/ Das tuas risadas sem fim/ E eu me questioneei/ Riram de mim ou pra mim [...] Vocês me devem cada lágrima/ Cada desserviço/ Devem meu suor/ Me devem cada gemido [...]. (OCEANO, 2020)

Em Salvador, localizamos algumas práticas produzidas por intermédio de movimentos sociais, como é o caso do GGB, unidades da APS que acolhem as pessoas transgêneras, o Ambulatório Transexualizador no COM-HUPES-UFBA e o Ambulatório Multidisciplinar em Saúde de Travestis e Transexuais do CEDAP.

GRUPO GAY DA BAHIA

Os movimentos sociais têm um importante papel no processo de aquisição dos direitos políticos e sociais relacionados à saúde. O nosso maior exemplo é o SUS, conquistado mediante a intensa luta e mobilização social do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que possibilitou a garantia do direito à saúde (gratuita e integral a todos os indivíduos que estejam no território nacional), na Constituição Federal de 1988. Outrora, apenas trabalhadores com carteira assinada obtinham acesso gratuito aos serviços de saúde ou estes eram oferecidos na

forma de filantropia por meio das Santas Casas de Misericórdia. (PAIM, 2009) Nesse contexto limitado de assistência à saúde, imaginemos que nossos corpos e modos de viver a sexualidade e gênero estejam em oposição à norma social, cultural, religiosa, econômica e política hegemônica; abominados por ser diferente, por se entender diferente e por estar distante do padrão de ser humanos cisheteronormativos; entregues à própria sorte/morte, como foi marcado na voz de Chico Buarque: “[...] Joga pedra na Geni!/ Ela é feita pra apanhar!/ Ela é boa de cuspir!/ Ela dá pra qualquer um!/ Maldita Geni! [...]”.⁷ (GENI..., 1994)

Ainda, na década de 1970, período de redemocratização no Brasil, o Grupo Somos reconhecidamente se dedicou à luta de direitos para homossexuais, abrigando, mais tarde, também os sujeitos de identidade lésbica, bissexual e transgênera. (BRASIL, 2013b) Na década de 1990, a Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro também ganhou destaque. À época, este era um grupo composto por travestis que militavam a favor de causas específicas, como a prevenção da aids. (BRASIL, 2013b) Na Bahia, Luiz Mott conta que foi estruturado o GGB, que conservou construção motivada pela demanda de cuidado em saúde, defesa e auto-organização da população LGBTQIAP+. Mesmo que seu trabalho fosse direcionado para indivíduos gays, as pessoas transgêneras também foram acolhidas em suas demandas:

O Grupo Gay da Bahia é a mais antiga associação de defesa dos direitos humanos dos homossexuais no Brasil. Fundado em 1980, registrou-se como sociedade civil sem fins lucrativos em 1983, sendo declarado de utilidade pública municipal em 1987. É membro da ILGA, LLEGO, e da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT). Em 1988 foi nomeado membro da Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde do Brasil e desde 1995 faz parte do comitê da Comissão Internacional de Direitos Humanos de Gays e Lésbicas (IGLHRC). Ocupa desde 1995 a Secretaria de Direitos Humanos da ABGLT, e desde 1998 a Secretaria de Saúde da mesma (GRUPO GAY DA BAHIA, [201-?])

Nesse sentido, “*o Grupo Gay da Bahia também produziu materiais fundamentais para a saúde da população trans, especificamente, sobre DST’s, o silicone,*”⁸

- 7 Apesar de ser uma composição da década de 1970, “Geni e o Zepelim” é contemporânea ao retratar as mais diversas e conturbadas visões que a sociedade detém em relação às corpos produzidas nos marcos de feminilidades, focos de repressão, machismo, sexismo, transfobia e misoginia. Ainda somos socialmente perseguidas, objetificadas, exploradas e condenadas.
- 8 O silicone industrial é adotado por algumas pessoas transgêneras para realizar modificações corporais (injetando-o em partes do corpo), tendo em vista sua possibilidade de moldar formas ligadas socialmente às feminilidades, como é o caso dos seios grandes. (UNAIDS, [2021])

*redução de riscos e cartilhas de direitos humanos [...]”*⁹. Em suas ações de saúde na epidemia da aids, Luiz Mott afirma que o GGB participou do processo de prevenção com a distribuição de preservativos e cartilhas educativas, além da realização de reuniões e provimento de atendimento de saúde orientado por médicos que compunham o grupo – o GGB contava com 17 integrantes na época de sua fundação. Desse modo, visualizamos que o GGB, desenvolveu um importante trabalho na prestação de acolhimento, cuidado e educação em saúde de pessoas LGBTQIAP+. Na Figura 1, por exemplo, é possível observar o registro de uma campanha de assistência médica gratuita executada por esse grupo.

Figura 1 – Equipe do GGB em campanha de assistência médico-social gratuita no Terreiro de Jesus (Salvador, Bahia, Brasil)



Fonte: acervo pessoal de Luiz Mott.

Luiz Mott reafirma esse papel ao evidenciar que a primeira ação realizada no GGB foi de prestação de serviços médicos: “[...] *a nossa primeira ação social política foi levar um médico do próprio grupo [para] as casas, os quartos, onde viviam as travestis no pelourinho antes da reforma. Era uma zona extremamente pobre [...]*”. Em um registro cedido por Mott (Figura 2), podemos testemunhar um momento

9 Entrevista com Luiz Mott, antropólogo, historiador, pesquisador e um dos mais conhecidos ativistas em favor dos direitos civis LGBT e decano do movimento homossexual brasileiro, em Salvador, 2021.

em que esse grupo obteve interlocução com uma travesti na realização de uma ação de saúde.

Figura 2 – Médico da equipe do GGB aferindo a pressão de uma travesti acompanhada no grupo



Fonte: acervo pessoal de Luiz Mott.

Não obstante, as ações do GGB ultrapassam o campo da saúde, compreendendo a indispensabilidade de contemplar o tensionamento pela garantia de direitos em todos os âmbitos da vida social. Nesse sentido, a sua sede está estruturada como um espaço social de convivência para as pessoas LGBTQIAP+, onde vários serviços são oferecidos.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Quando se pensa em saúde da população transgênera, o imaginário social imediatamente associa ao processo “transexualizador”, implementado no SUS através da Portaria nº 1.707,¹⁰ de 18 de agosto de 2008, do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013a) A institucionalização desse processo, apesar de importante por colocar em pauta algumas demandas específicas das pessoas trans, deixa essas questões a cargo da atenção secundária e terciária, restringindo a Atenção Básica a um ser-

10 Posteriormente, a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, foi revogada pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013.

viço de acolhimento e encaminhamento: “I – acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social; e II – encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador”. (BRASIL, 2013a) Isso nos faz questionar o papel da APS como porta de entrada para o cuidado integral e longitudinal, garantido a toda população brasileira (MAGALHÃES, 2018), uma vez que para a garantia da saúde integral, como estabelecido na Constituição Federal de 1988, não basta fornecer apenas os serviços especializados. Como constatou Diego Nascimento,¹¹ é necessário oferecer:

[...] serviços voltados às pessoas trans, mas que não se limitam a abordar apenas transgeneridade, e sim todo o sujeito, de maneira integral. É inegável que tais serviços são mais confortáveis e acessíveis do que os serviços de saúde em geral; contudo, isso também alerta para a necessidade de todos os profissionais de saúde, de serviços gerais e específicos, estarem preparados para nos atender.

Sob essa ótica, é fundamental ressaltar a importância da APS no cuidado à pessoa trans, considerando os seus atributos orientadores (como atenção ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) e os determinantes sociais, a fim de criar estratégias para melhorar o cuidado às minorias e alcançar a equidade. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013) O Ministério da Saúde assume a identidade de gênero como um determinante social, reconhecendo, ao menos na teoria, como necessárias a elaboração e implantação de políticas e estratégias que qualifiquem os serviços de saúde da atenção primária para o cuidado com a população trans. (MAGALHÃES, 2018)

A indispensabilidade de cuidado nas APS é confirmada com dados de experiências internacionais, a partir dos quais foi possível observar que a implementação de diferentes planos de tratamento médico nesse nível de atenção, como a hormonização, apresenta potencial para aproximar as pessoas transgêneras e reduzir a sobrecarga da rede de atenção. Em Ontário (Canadá), por exemplo, no ano de 2013, 67% das pessoas trans que estavam fazendo terapia hormonal estavam recebendo tratamento em serviços de APS. (BOURNS, 2019)

Um levantamento realizado na rede de APS de Salvador, em 2014, concluiu que, por conta de situações de violência sofridas, as pessoas transgêneras tinham as urgências e emergências médicas como porta de entrada aos serviços de saúde. Ademais, apontou a utilização expressiva dos ambulatórios voltados ao tratamento de HIV/aids, realidade que tem se modificado sutilmente. (ABADE, 2018) Considerando que não existe uma política da APS, a nível nacional, com foco nas

11 Entrevista com Diego Nascimento, que faz parte do Coletivo de Trans pra Frente, Salvador, 2021.

pessoas transgêneras, encontramos na literatura (MAGALHÃES, 2018; PEREIRA; CHAZAN, 2019) casos de transexuais e travestis que passaram por problemas com a atenção primária ou que se recusam a frequentar esse ambiente por receio de julgamentos ou desrespeito aos seus direitos e anseios. Erik Abade¹² relata que os serviços prestados à população transgênera nas unidades de saúde de Salvador eram muito restritos e, dessa forma, havia nítida negligência por parte dos trabalhadores da saúde:

Então, quando a gente abordava calendário vacinal, ou uma consulta clínica de rotina, ou qualquer outra oferta da unidade, sempre encontrávamos dificuldades; tanto em relação à equipe quanto em relação às usuárias confiarem naquele espaço, e verem o espaço com segurança.

Ciente dessa realidade e com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBTQIAP+, ainda em 2014, foi implementado, na Secretaria Municipal de Saúde da capital baiana, o Campo Temático Saúde da População LGBT. A criação desse campo temático buscou alicerces nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2013b), numa tentativa de ampliar e qualificar o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e se debruça no reconhecimento que a população LGBTQIAP+ enfrenta vulnerabilidades que norteiam atenção específica para o cuidado em saúde. Essa política pretende visibilizar o cuidado da saúde da população LGBTQIAP+ e garantir a equidade, universalidade e participação popular no SUS, reconhecendo as dificuldades e barreiras enfrentadas pelas pessoas pertencentes a esse grupo sociopolítico. Discutindo os direitos civis, de caráter político-humanístico e social, apontando a necessidade de inter-relação entre as diversas esferas de poder na produção da saúde. Desse modo, acreditamos que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT é mais um instrumento para a garantia de direitos fundamentais das pessoas LGBTQIAP+, refletindo nas suas especificidades. (BRASIL, 2013b)

Na área da APS, uma das iniciativas desenvolvidas em Salvador aconteceu no ano de 2015, após atividades de campo realizadas por equipes do Consultório na Rua, Ponto de Cidadania e Corra pro Abraço. Essas equipes, responsáveis pelo cuidado à população em situação de rua, estavam inseridas no território da Sete Portas em torno da “antiga rodoviária”, localizada numa grande avenida – Avenida Cônego Pereira – que liga o Centro Antigo de Salvador, dentre outros lugares, à BR 324. O serviço de saúde de referência era o 14º Centro de Saúde, uma Unidade Básica de Saúde alocada na entrada da comunidade do Pela Porco,

12 Entrevista com Erik Abade, em Salvador, 2021.

às margens da Avenida Cônego Pereira. Aquelas investidas à campo foram, em verdade, a continuação das intervenções planejadas no ano de 2014 por duas travestis, Keyla Simpson e Marina Garlen, que estavam no conselho estadual de saúde LGBTQIAP+. Dando continuidade a esse trabalho, uma equipe, formada por diferentes pessoas trabalhadoras da saúde – médico, enfermeiro, estagiária de psicologia, antropóloga, técnico de enfermagem e motorista – daqueles três serviços que atuavam no território da Sete Portas com pessoas em situação de rua, realizou atividades de campo noturna para compreender especificamente as demandas das pessoas trans e travestis que atuavam na prostituição. (OLIVEIRA et al., 2018)

Após um ano de aproximação com o campo, foi elaborado em conjunto com algumas travestis a ideia da formalização de um espaço de cuidado dentro do 14º Centro de Saúde. Sendo assim, em abril de 2016, iniciaram-se as atividades do que foi denominado como “Transaúde”, cuja atuação procedeu-se através de atendimento por médico de família e comunidade e acolhimento com a Psicologia com foco na atenção integral à saúde das pessoas trans e travestis. Os cuidados em saúde produzidos no interior desse projeto não se limitavam à adoção das práticas biomédicas desenvolvidas por profissionais de saúde capacitados para cuidados com a população trans, mas abrangiam o planejamento de horários favoráveis para o atendimento qualificado, a organização de melhores formas de atuação e abordagens focadas na redução de danos, escuta qualificada e facilidades de acesso para os demais serviços de saúde. Ademais, eram oferecidos processos de educação permanente e continuada e o incentivo, durante as consultas, para participação em coletivos de movimentos sociais. (OLIVEIRA et al., 2018) Um desses coletivos é o De Transs-para-Frente, que tem papel significativo na promoção da saúde dessa população ao possibilitar formação de vínculos e redes de apoio, além da propagação de informações, como relatou Gabi Santos. No entanto, por falta de investimento público, as atividades do Transaúde tiveram que ser encerradas em 2018. (OLIVEIRA et al., 2018)

Outra experiência positiva na APS de Salvador é a Unidade Básica Amiga da Saúde LGBT, fruto de algumas iniciativas que prosperaram no projeto Transaúde e em algumas unidades de saúde, a exemplo da Unidade Básica de Saúde Mário Andréa, Unidade de Saúde da Família Úrsula Catharino e Unidade de Saúde da Família Yolanda Pires. Essa estratégia iniciou-se como um projeto piloto no ano de 2016, contemplando 15 unidades de saúde, uma para cada Distrito Sanitário de Saúde, sendo que três encontram-se no Distrito do Subúrbio Ferroviário. (BARBOSA; ABADE, 2018) Atualmente, de acordo com Erik Abade (2018), conta com cerca de 30 unidades em processo de certificação. A experiência debruça-se nos seguintes aspectos: acesso aos serviços de saúde, organização da atenção à saúde, promoção e vigilância à saúde. A sua proposta não está baseada no acrés-

cimo de uma grade de novos serviços, mas sim na qualificação dos pontos de atenção e cuidado da APS:

Ela não é uma estratégia de implantação de novos serviços, e sim uma estratégia de qualificação das unidades de atenção primária, seja UBS ou USF, para atuar sobre duas questões: a) reduzir ou eliminar as barreiras de acesso relacionadas aos preconceitos e discriminações motivadas pela orientação sexual e pela identidade de gênero; b) atuar de maneira mais qualificada nas especificidades e demandas em saúde trazidas pela população trans. (Erik Abade)

No período inicial de aplicação do projeto, pôde-se verificar o quanto a inexperience para lidar com pessoas transgêneras (e LGBTQIAP+ em geral) fazia parte das equipes de saúde. Por conta disso, com a meta de envolver um público maior que 75% dos trabalhadores da saúde, Erik Abade refere que um trabalho de educação permanente foi criado. Mediante esse trabalho, tentou-se sensibilizar para a utilização do nome social, o reconhecimento da identidade de gênero e orientação sexual dos usuários e o conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, entre outras demandas. Ademais, também foram trabalhados temas como diversidades raciais e religiosas, transfobia e feminicídio, com o objetivo de entender o indivíduo em todo o seu contexto, tornando assim “o SUS mais sensível às questões de saúde da população LGBT”. (ABADE, 2018, p. 87)

Em 2020, a Unidade Básica Amiga da Saúde LGBT foi referida como uma estratégia para a implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT na APS de Salvador. Todavia, durante a pandemia do SARS-CoV-2, um dos impactos negativos nessa estratégia foi o atraso da certificação de algumas unidades de saúde, pois para que isso ocorra é necessário cumprir uma série de critérios básicos pré-estabelecidos (Erik Abade). Ao longo da pandemia SARS-CoV-2, a APS foi preterida na reorganização do sistema de saúde, mas ainda assim cada unidade de saúde buscou se estruturar de acordo com as demandas epidemiológicas de cada Distrito Sanitário. (CONVERSANDO..., 2020) Destacamos que algumas pautas que demonstravam avanços na qualificação dos serviços para atendimentos da população transgênera foram freadas ou até mesmo pausadas. Nas unidades de saúde, por exemplo, os prejuízos que Erik Abade percebeu foram: “*uma redução da agenda e um aumento muito grande dos casos de saúde mental, que envolviam sofrimento psíquico*”. Nesse sentido, considerando a violência familiar, LGBTfobia institucional e interrupção do cuidado, descortinadas possivelmente com essa pandemia, a Secretaria Municipal de Saúde orientou sobre a necessidade de enfatizar a escuta, acolhimento e atenção à população LGBTQIAP+ na APS, através da Nota Técnica da Diretoria de Atenção à Saúde/APS nº 02/2020. Se as pessoas transgêneras já carregavam vulnerabilidades em relação à saúde, devido a toda

uma história de vida eventualmente permeada por preconceitos, rejeição e violências (SILVA; MELO; MELLO, 2019), presume-se que ocorreu uma desassistência expressiva nesse período. Esses dados ainda são agravados sob o ponto de vista da desigualdade racial: pessoas negras detêm menos acesso aos serviços de saúde, são a maioria das pacientes com comorbidades e muitas não conseguiram cumprir o isolamento social por medo de perder o emprego e/ou por falta de amparo governamental. (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS, 2020b) Questões como essas são agravantes para a transmissão viral e o prognóstico da doença.

Com a necessidade de isolamento, muitas vezes acompanhada de familiares transfóbicos, de acordo com dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais, em 2020 houve um aumento de 45% no índice de violência doméstica. E, mesmo com a pseudo-diminuição de pessoas circulando pelas ruas, houve aumento de 39% de assassinatos de transexuais no primeiro semestre de 2020, quando comparado ao equivalente período de 2019. (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS, 2020a) Em 2021, essas taxas foram sutilmente menores, mas nada que incite celebração. (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS, 2021) Quanto às mortes causadas pelas complicações a partir da infecção com SARS-CoV-2, não há dados do Ministério da Saúde para identificação da população transgênera nos registros médicos ou atestado de óbito, uma vez que ainda não há respeito pelo nome social ou identidade de gênero. Sem essas informações não é possível gerar dados para combater esse problema, mas, considerando-se os estudos teóricos, sabe-se que a infecção por SARS-CoV-2 está assolando grandemente às pessoas transgêneras. (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS, 2021) Dessarte, fica nítido que a pandemia trouxe um sofrimento ainda maior para as pessoas LGBTQIAP+, que padecem de cuidados de saúde.

Ao prisma das experiências supracitadas, destacamos a importância da Medicina de Família e Comunidade na coordenação e continuidade do cuidado da população trans. Ao estabelecer um vínculo entre a pessoa que cuida e a que recebe esses cuidados, considerar as interações entre os contextos biológicos, psicológicos, espirituais e sociais em todas as fases da vida e atentar para o território enquanto dispositivo de cuidado, é capaz de alcançar maior resolutividade na promoção, proteção e reabilitação da saúde. Essa especialidade possui formação voltada para a escuta, através do método da Medicina centrada na pessoa, e procura aproximação com a atenção integral dos sujeitos. Dentre esses e outros fatores, a Medicina de Família e Comunidade é considerada mundialmente a especialidade médica de excelência da APS. (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007) Nesse sentido, Diego Nascimento destaca os benefícios do cuidado integral:

Há também uma dificuldade severa no tratamento integral, por conta da estreita separação de especialidades, sem praticamente nenhum diálogo entre elas, diferentemente do atendimento no 14º [Centro de Saúde Mário Andrea] onde, me consultando apenas com um profissional de saúde da família, conseguia ter uma abordagem mais integral e completa.

Outra questão indicada por Diego é o entrave que envolve a busca incessante por médicos que tenham arcabouço cultural e educacional na facilitação dos cuidados em saúde da população transgênera em Salvador. Por vezes são necessárias longas viagens, mesmo dentro do mesmo município, para acessar serviços prestados por profissionais com quem as pessoas trans se identificam. Correntemente esses profissionais dispõem de agenda cheia, uma vez que são a exceção na forma com que prestam o atendimento, o que também diminui a frequência da continuidade do cuidado. Esse arcabouço cultural e educacional é escasso tanto no ambiente curricular da faculdade quanto em cursos de capacitação, ou mesmo através das experiências vividas pelos profissionais nas rotinas estabelecidas no sistema de saúde, pois as pessoas transgêneras evitam frequentar médicos ou serviços de saúde que não conhecem ou que não receberam boas indicações. (BOURNS, 2019)

Com base no que foi apresentado, é possível aferir que a APS urge por reformas, a nível nacional, para que possa prestar melhores atendimentos à população transgênera. Essas reformas devem ser baseadas em experiências nacionais e internacionais, que envolvam profissionais e trabalhadores de saúde e que promovam cursos de educação permanente para essas pessoas. Que o enfoque não seja apenas a prestação de serviços, mas a melhoria do acolhimento, da abordagem, dos horários de atendimento (condizentes com a demanda local) e de capacitação médica, em um cuidado contínuo e longitudinal, com interface com os demais trabalhadores da saúde presentes na equipe da APS.

AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DO CEDAP

O CEDAP é uma unidade de saúde especializada da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia que presta serviços relacionados as infecções sexualmente transmissíveis e o cuidado à saúde de pessoas transgêneras. Foi fundado em 2001, quando era denominado como Centro de Referência Estadual de Aids (CREAIDS), com a sua atenção voltada exclusivamente às pessoas que conviviam com o HIV/aids. Não obstante, em 2006, incorporou o cuidado às pessoas acometidas por infecções sexualmente transmissíveis – referidas como doenças sexualmente

transmissíveis naquele momento – às suas práticas. Três anos mais tarde, ocorreu a substituição do nome da instituição, que passaria a se chamar CEDAP devido ao grande impacto social de seu trabalho. Somente em 2017, foi incorporado o cuidado às pessoas transgêneras em um ambulatório multidisciplinar, que, neste momento, encontra-se em fase de credenciamento para ambulatório “transexualizador”. (BAHIA, [2020?])

Nesse sentido, o exemplo CREAIDS/CEDAP reafirma uma configuração histórica comum de serviços especializados de saúde que pretendiam de alguma forma atender a população transgênera brasileira, qual seja voltada para o combate da epidemia do HIV/aids.¹³ Com a edição da Política Nacional de Saúde Integral LGBT tentou-se amplificar o acesso à saúde, para além das questões que envolvem a prevenção e tratamento dessa doença. (BRASIL, 2013b) Para Ailton Santos, a criação do Ambulatório Multidisciplinar em Saúde de Travestis e Transexuais do CEDAP esteve baseada nos seguintes aspectos: entendimento das inúmeras situações de violência, humilhação e constrangimento vivenciadas por pessoas transgêneras nos serviços de saúde, desde a recusa de uso do nome social até a negação de atendimento médico;^{14,15} necessidade de que os serviços de saúde contemplem não somente o binômio saúde/doença, próprio das práticas biomédicas, mas também engloba o desvelamento de um cuidado individualizado, humanizado e que sensibilize usuários e trabalhadores da saúde. Nessa perspectiva, o processo de idealização e construção desse serviço contou com a participação de pessoas transgêneras, compreendendo que o sucesso do projeto também dependia dessa interlocução:

Essas situações, aliadas ao que aprendi com os meus estudos de especialização, mestrado e doutorado, me fez elaboração uma proposta de implantação de um serviço de saúde voltado para a população trans baiana, que fosse construído com a participação dessas pessoas em todos os momentos: escrita, apresentação, formação de profissionais de saúde e controle social da gestão. (Ailton Santos)

- 13 “A visibilidade das questões de saúde da população LGBT deu-se a partir da década de 1980, quando o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids em parceria com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos de grupos gays”. (BRASIL, 2013b, p. 6)
- 14 “A certeza da impunidade em relação aos maus tratos com pessoas trans/travestis incentiva à transfobia institucional. Além disso, os olhares, as ‘churrias, xacotas, feitiçização’ dessas pessoas nesses lugares, causam mal-estar, baixa autoestima e revolta, afastando-as de serviços dos quais têm direito a usufruir”. (Ailton Santos)
- 15 É importante salientar que, a partir de 2015, as fichas de notificação de casos de violência disponíveis nas unidades de saúde passaram a incluir a orientação sexual e identidade de gênero. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017)

Segundo Ailton Santos, o ambulatório dispõe de acompanhamento multiprofissional nas seguintes áreas e especialidades (bio)médicas: Cardiologia, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Enfermagem, Fisioterapia, Ginecologia, Infectologia, Nutrição, Odontologia, Proctologia, Psicologia e Serviço Social. Outrossim, é disponibilizada a realização de exames hormonais e exames para detecção de infecções sexualmente transmissíveis; são desenvolvidos dois grupos de convivência – Grupo de convivência de homens trans e pessoas transmasculinas e Grupo de convivência de mulheres trans e travestis –, dois grupos de bate-papo em uma rede social – no qual são enviadas orientações e ocorre a partilha de experiências – e encontros temáticos – envolvem usuários, familiares, pesquisadores e equipe de saúde; e é praticada hormonioterapia para homens transgêneros acompanhados. Desse modo, as atividades do ambulatório compreendem a assistência em saúde e o compartilhamento de saberes e práticas.

Sobre a continuidade do cuidado durante a pandemia do SARS-CoV-2, Ailton Santos afirma que no período inicial (março a julho de 2020) as atividades presenciais do ambulatório foram paralisadas, visto o desfalque de alguns profissionais (precisaram trabalhar na linha de frente do enfrentamento à pandemia) e a necessidade de adequação às novas normas de segurança. A retomada do atendimento ocorreu em agosto de 2020, momento a partir do qual algumas rotinas foram modificadas:

Todos os serviços são agendados previamente, inclusive o acolhimento inicial que era por demanda espontânea ou referenciada. A pandemia trouxe mudanças drásticas na produção do cuidado. Não podemos ter acompanhantes, somente em caso de pessoas com necessidades específicas. Diminuímos a quantidade de consultas-dia [...]. Atualmente estamos levantando o número de usuários cadastrados nos anos de 2016, 2017 e 2018, para que tenham consultas semestrais de Endocrinologia, como está previsto no protocolo internacional de endocrinologia para pessoas transgêneras, já que estas pessoas já têm mais de dois anos de acompanhamento no ano em curso (2021). Também a equipe de Psicologia fará o mesmo levantamento em relação à psicoterapia, dividindo a temporalidade das consultas em quinzenais para novos usuários que necessitam do parecer psicológico para iniciar a hormonização cruzada e aqueles que já estão com consultas na Endocrinologia que deverão passar para consultas trimestrais. Essas mudanças estão sendo realizadas para que tenhamos mais vagas para as pessoas que tem procurado o serviço. (Ailton Santos)

AMBULATÓRIO TRANSEXUALIZADOR DO COM-HUPES-UFBA

Desde 2008, o SUS oferece, em alguns espaços, cirurgias e procedimentos de saúde para pacientes que desejam fazer mudanças em suas características físicas, cons-

tituindo o chamado “processo transexualizador”. Entre elas estão a “redesignação sexual”, mastectomia (retirada do tecido mamário), plástica mamária reconstrutiva (incluindo a colocação de prótese de silicone) e tireoplastia (modificação do timbre da voz). Contando até o ano de 2016, foram realizados 13.863 procedimentos ambulatoriais e 349 procedimentos na modalidade hospitalar, consoante os dados do Ministério da Saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017), mostrando que para o processo “transexualizador” é importante a edificação de uma rede de saúde organizada, integrada e que disponha de equipes multidisciplinares. A Portaria nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde aponta aspectos essenciais para a estruturação e ampliação dessa rede, como a contratação e capacitação de profissionais de saúde, a integralidade do cuidado e a humanização da assistência. (BRASIL, 2013a)

Para transpassar o processo “transexualizador” no Brasil é preciso seguir algumas prerrogativas impostas, tais como: ter idade mínima de 18 anos e acompanhamento psicológico de no mínimo dois anos para acessar procedimentos ambulatoriais, como hormonioterapia; possuir a idade mínima de 21 anos para procedimentos cirúrgicos de modificação corporal. Neste segundo caso, o tempo de acompanhamento pós-operatório segue por mais um ano. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017) Em adição, o CFM possui normativas específicas que tocam nesse processo, como a Resolução nº 1.955/2010. Nela podemos observar, além da presença de critérios para acessar a cirurgia de “redesignação sexual” (similares aos supracitados), questões relacionadas à realização da cirurgia do tipo experimental de neofaloplastia ou outros procedimentos gonadais e de demais caracteres “sexuais” secundários. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010)

Atualmente, existem cinco serviços com competência cirúrgica (“redesignação sexual”) pertencentes a universidades federais (nenhum disponível no estado da Bahia), são eles: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), Hospital das Clínicas de Goiânia e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. (VALADARES, 2017)

Atuando desde 2018, o Ambulatório Transexualizador do COM-HUPES-UFBA foi pensado de modo a oferecer cuidados em saúde para a população transgênera no “processo transexualizador”. Luciana Oliveira,¹⁶ informa que este serviço de saúde foi concebido através de muito esforço, que incluiu, entre outras coisas, a busca por profissionais de saúde interessados em formar a equipe mínima exigida

16 Entrevista com a médica endocrinologista Luciana Oliveira do ambulatório trans de Salvador, 2021.

e qualificada pelo Ministério da Saúde.¹⁷ A sua construção foi motivada pelo reconhecimento da baixa expectativa de vida das pessoas trans, em média 35 anos (a população cisgênera alcança a expectativa média de 75 anos),¹⁸ e da falta de uma rede de serviços de saúde sólida em Salvador, que acolhesse e ofertasse cuidados de forma integral e orientasse de forma técnica questões como a hormonização. Nesse sentido, Luciana indica que:

Durante meu período de pós-doutorado foi publicada a Portaria 2.803/2013 pelo Ministério da Saúde. Como a equipe do HUPES já sabia do meu interesse, aguardaram o meu retorno para iniciar a construção do projeto que resultou na habilitação do ambulatório trans do HUPES junto ao Ministério da Saúde.

Um aspecto importante relatado por Luciana Oliveira é a percepção de interesse de estudantes da área da saúde, com quem obtém contato, em aprender sobre as transgeneridades. Segundo ela, o Ambulatório Transexualizador do COM-HUPES-UFBA tem sido uma grande porta de acesso para a formação continuada desses discentes, o que poderá incidir positivamente no cuidado das pessoas transgêneras nos ambientes do sistema de saúde em que esses acadêmicos se inserirem futuramente:

Quero ressaltar que trabalhar com a população trans é de uma riqueza imensa em vários aspectos, que nos fazem crescer como pessoas e profissionais [...]. Certamente teremos uma geração de profissionais diferenciados e acredito que isso irá repercutir numa melhor atenção à saúde da população trans.

Porém, muitos estudantes entendem a diversidade de gênero como uma questão de âmbito pessoal, desligada da formação profissional. Refletindo sobre isso e considerando também que a formação acadêmica correntemente não aborda as transgeneridades, acreditamos que a saúde das pessoas transgêneras é negligenciada também nos ambientes que se propõem à construção de recursos humanos para o cuidado. Nessa perspectiva, Luciana Oliveira acrescenta que:

Os cursos de graduação dos diversos cursos ligados à saúde não contemplam a atenção integral à saúde da população transgênero e os poucos aspectos que algumas vezes são abordados reproduzem a visão preconceituosa da sociedade. Dessa forma, é preciso que o estudante/profissional busque ativamente complementar sua formação para se capacitar para atender pessoas trans.

17 A formação completa da equipe foi obtida somente um ano após o início do projeto.

18 Dados referidos como não oficiais pela entrevistada.

Em relação à pandemia do SARS-CoV-2, Luciana Oliveira – que também compõe o corpo clínico do CEDAP – conta que inicialmente houve prejuízos para os atendimentos em ambos os ambulatórios, visto que as atividades presenciais foram suspensas. Todavia, outros canais foram estabelecidos por ela de modo a manter a continuidade dos usuários aos seus cuidados, com a manutenção do fornecimento de receitas para medicamentos controlados e a realização de atendimentos via celular para esclarecimentos de dúvidas e visualização de resultados de exames.

BRASIL SEM HOMOFOBIA

Com a iniciativa da sociedade civil, o Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais e de Promoção da Cidadania Homossexual – foi elaborado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, buscando coibir as práticas discriminatórias e a promover equidade no acesso aos serviços públicos. Os princípios estabelecidos por esse programa prezam pela garantia de direitos humanos a toda população LGBTQIAP+, produção efetiva de conhecimentos para elaboração de políticas públicas eficazes e adequadas às suas necessidades, com ênfase no combate à violência e discriminação, afirmando o compromisso do Estado no combate ativo desses problemas sociais. (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004)

Esse programa foi publicado em 2004, sendo importantes, no processo de sua construção, os eventos e documentos que o antecederam. A segunda versão do Programa Nacional de Direitos Humanos de 2002, por exemplo, incluiu um conjunto de 15 ações que deveriam ser implantadas no Brasil, voltadas à sensibilização da sociedade civil para questões pertinentes à não discriminação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros. Essas intervenções foram amplamente discutidas através de consulta pública. Observa-se também a criação, em 2001, de um Conselho Nacional de Combate à Discriminação, formado por representantes da sociedade civil e de movimentos sociais de pessoas LGBTQIAP+. Ainda, em 2003, ocorreu a criação da Comissão Temática Permanente, com a competência de receber denúncias relacionadas à violação de direitos humanos baseados na orientação sexual dos indivíduos; formação do grupo de trabalho que seria responsável por construir o Programa Brasileiro de Combate à Violência e à Discriminação; e, edição, realizada pelo Conselho Nacional de Imigração, de uma resolução administrativa que contemplou a concessão de vistos (temporários ou permanentes) para parceiros(as) de pessoas LGBTQIAP+ que possuíam união estável com “pessoas do mesmo sexo”, na tentativa de fornecer o direito ao convívio de forma ativa. (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde 1988, com a concepção da Constituição Federal, a saúde é um direito adquirido pela população brasileira e um dever do Estado. Contudo, é inegável que esse direito acabou sendo cerceado pelo regime cisheterocentrado, em que os corpos são obrigados a habitar uma norma. A partir da história delineada, é capaz retomar alguns passos da luta contra o sistema, reconhecendo essa luta como essencial para a construção de espaços para a vida da população transgênera. No entanto, também é possível perceber que essa construção ocorre de maneira lenta e necessita do constante tensionamento dos movimentos sociais. Desse modo, observamos que o cenário atual de muitos serviços de saúde ainda contribui com a produção de violências e o afastamento da população LGBTQIAP+, provocando prejuízos no convívio social, que deveria ser alcançado igualmente por todas as pessoas. A população LGBTQIAP+ encontra em seus pares apoio e acolhimento. Nesse sistema, o acolhimento entre pares das pessoas trans é o caminho do cuidado revolucionário que se afasta da mortificação produzida pelos estereótipos cisheterocentrados. Destacamos que a APS possui potencialidades no sentido de modificar as práticas hegemônicas do campo da saúde, de forma a englobar de maneira equitativa e digna toda a população.

É reflexiva a maneira com que a sociedade é cruel e impiedosa, tornando preciso escrever e evidenciar suas mazelas para trazer à luz o óbvio, mesmo que este esteja escrito na Constituição Federal. Sendo necessário gritar sobre o reconhecimento da autonomia das pessoas transgêneras e afirmar que nem o Estado, nem a sociedade são donos de seus corpos e suas expressões. Portanto, elencar os serviços, contar suas histórias e espalhar sobre sua existência é um ato de resistência, e uma esperança sobre o que está por vir. Esperamos que as contribuições deste trabalho possam se somar a um movimento de “trans-formação” do sistema e das práticas de saúde, que vem sendo construído em diferentes frentes por pessoas transgêneras: não binárias, travestis, homens e mulheres trans. Com a manifestação dessa trans-formação na rede de saúde será possível pensar a despatologização e garantias de direitos, além da construção de itinerários de cuidados à saúde que não estejam baseados somente em hormonioterapia e outras práticas de modificação corporal. Se Linn da Quebrada e Liniker insistem para que “entrega o seu corpo somente a quem possa carregar”,¹⁹ esperamos que a trans-formação do SUS faça com que todos os saberes, práticas, trabalhadores(as) e instituições de saúde estejam aptos a “carregar” as pessoas transgêneras.

19 “Entrega o seu corpo somente a quem possa carregar” é um trecho da música “Serei A” (2017), interpretada por Linn das Quebrada e Liniker.

REFERÊNCIAS

- ABADE, E. A. F. Unidade básica amiga da saúde LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros). In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Laboratório de inovação em educação na saúde com ênfase em educação permanente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. p. 86-89. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/07/eixo-3-unidade-basica-amiga-da-saude.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.
- ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. M. P.; RODRIGUES, R. D. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 157-172, 2007.
- ARÁN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2021.
- ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a15v14n4.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2017.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. *Boletim nº 002-2021*: Brasil tem 89 pessoas trans mortas no 1º semestre em 2021. sendo 80 assassinatos, 9 suicídios. houveram ainda 33 tentativas de assassinatos e 27 violações de direitos humanos. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2021/07/boletim-trans-002-2021-1sem2021-1.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. *Boletim nº 03/2020*: assassinatos contra travestis e transexuais em 2020. Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2020/06/boletim-3-2020-assassinatos-antra.pdf>. Acesso em: 6 set. 2021.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. *Situação das pessoas afro LGBTI+ durante a crise sanitária gerada pelo covid-19 no Brasil*. [Rio de Janeiro], 2020b. Disponível em: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI-COVID-19/CSOs/ANTRA.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- BAHIA. Secretaria de Saúde. *Histórico*. Salvador, [2020?]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/historico/>. Acesso em: 17 ago. 2021.
- BARBOSA, L.; ABADE, E. A. F. *Campo temático saúde da população LGBT: unidade básica amiga da saúde LGBT*. Salvador, 2018. 36 slides, color.
- BENTO, B. *Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos*. Salvador: Edufba, 2017.

BOURNS, A. *Guidelines for Gender-Affirming Primary Care With Trans and Nonbinary Patients*. 4rd. ed. Canadá: Sherbourne Health, 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 225, 20 nov. 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 13 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 6 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução n. 1.482 /97, de 10 de setembro de 1997. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. *Diário Oficial da União*, DF, Brasília, p. 20.944, 19 set. 1997. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm. Acesso em: 3 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 1.955/2010, de 12 de agosto de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n. 1.652/02. *Diário Oficial da União*: seção 1, p. 109-110, Brasília, DF, 3 set. 2010. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1955>. Acesso em: 26 ago. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO (Brasil). *Brasil sem homofobia*: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Combate à Discriminação (Brasil), 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf. Acesso em: 12 ago. 2021.

CONVERSANDO com elas: Níveis de atenção, organização e resposta do SUS no contexto da Covid-19. Salvador: [s. n.], 2020. 1 vídeo (112 min.). Publicado pelo canal DMPS - PPGSAT - FMB. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sV12c6VSLyw>. Acesso em: 30 jun. 2021.

DAMETTO, J.; SCHMIDT, J. C. Entre conceitos e preconceitos: a patologização da homossexualidade em psychopathia sexualis de Richard Von Krafft-Ebing. *Perspectiva*, Erechim, v. 39, n. 148, p. 111-121, dez. 2015. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/148_538.pdf. Acesso em: 2 jul. 2021.

GENI e o Zepelim. Compositor e intérprete: Chico Buarque. Produção: Sergio de Carvalho. In: CHICO 50 anos: o cronista. Zepelim. Intérprete: Chico Buarque. [S. l.]: Universal Music, 1994. 1 Mídia digital (ca. 51 min) faixa 8. Digital. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=jWHH4MlyXQQ&ab_channel=BiscoitoFino. Acesso em: 13 ago. 2021.

GRUPO GAY DA BAHIA. *O que é o GGB (nossa história)*. Salvador, [201-]. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com.br/about/o-que-e-o-ggb-nossa-historia/>. Acesso em: 13 ago. 2021.

GUIMARÃES, M. B. *et al.* As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-14, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902020000100314&script=sci_arttext. Acesso em: 3 ago. 2020.

(A) LENDA. Compositora e intérprete: Linn da Quebrada. In: PAJUBÁ. Intérprete: Linn da Quebrada. São Paulo: 2017. 1 Mídia digital (45 min 35s), faixa 14. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=k4DpkHftQJg&ab_channel=LinndaQuebrada. Acesso em: 16 ago. 2021.

MAGALHÃES, L. G. *Barreiras de acesso na atenção primária à saúde à travestis e transexuais na região central de São Paulo*. 2018. Tese (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-08052019-134851/publico/Luiza_Magalhaes.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

MATOS, A. *et al.* *Análise da Resolução 2265 de 20 de setembro de 2019: resolução produzida pelo Conselho Federal de Medicina*. 2020. Disponível em: <https://www.fafich.ufmg.br/nuh/2020/01/24/analise-da-resolucao-cfm-2265-de-20-de-setembro-de-2019>. Acesso em: 10 ago. 2021.

MELLO, L. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidade, Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, 2011.

OCEANO. Composição e intérprete: MC Tha. In: RITO de Passá. Intérprete: MC Tha. [S. l.]: Elemess, 2020.

OLIVEIRA, F. M. B. *et al.* *Projeto técnico Transaúde*. Salvador: Ebserh, 2018.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, p. 158-164, 2013.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PEREIRA, L. B. de C.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de*

Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1-16, jan./dez. 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795/985>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PRECIADO, P. B. *Manifesto contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual*. São Paulo: n-1 edições, 2014.

(O) QUE PODE um corpo sem juízo? Compositora e intérprete: Jup do Bairro. *In: CORPO sem juízo*. São Paulo: Urban Dance Records: Tratore, 2020. 1 Mídia digital (27 min), faixa 2. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=8Al22ANncKM&ab_channel=JupdoBairro. Acesso em: 15 ago. 2021.

RESPLANDESCENTE. Intérpretes: Ventura Profana e Podesperdesligado. São Paulo: Tratore, 2019. 1 Mídia digital (5 min 8s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vUTLYimT6n8>. Acesso em: 13 ago. 2021.

ROCON, P. C. *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-18, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>. Acesso em: 3 jul. 2021.

SÁ, M. *MARTINHA / LGBT+60: corpos que resistem [S. l.: s. n.]*, [2018]. 1 vídeo Entrevistador: Yuri Fernandes. (5 min 52s). Publicado pelo canal Projeto #Colabora. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zM9ATZUsOZg>. Acesso em: 22 jun. 2021.

SÁ, M. *Travesti fala sobre a repressão da ditadura militar*. Salvador: A Tarde, [2015]. 1 vídeo (4min 32s). [Entrevistadoras: Andrezza Moura e Euzeni Daltro]. Publicado pelo canal A Tarde. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VEWp4y13j5Q>. Acesso em: 22 jun. 2021.

SALVADOR (BA). Secretaria Municipal de Saúde. CI/ Circular SMS/CPS nº 10/2020. Salvador, 12 maio 2020. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Nota-Tecnica-DASAPS-N-06-de-2020.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

SEREI A. Compositora e intérprete: Linn da Quebrada; Liniker. *In: PAJUBÁ*. Intérprete: Linn da Quebrada. São Paulo: BadSista, 2017. 1 Mídia digital (45 min 35s), faixa 13.

SILVA, B. L.; MELO, D. S.; MELLO, R. A sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais: um olhar para a saúde mental. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1-8, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Disforia de Gênero. *Guia Prático de Atualização*, [São Paulo], n. 4, p. 1-18, jun. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19706c-GP_-_Disforia_de_Genero.pdf. Acesso em: 25 ago. 2021.

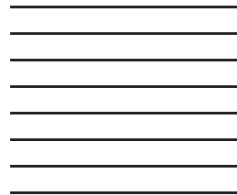
TRANSFOBIA: travesti diz ter tido atendimento recusado no Robert Santos; Assessoria do hospital nega. *Aratu On*, Salvador, 2016. Disponível em: <https://aratuon.com.br/noticia/geral/transfobia-travesti-diz-ter-tido-atendimento-recusado-no-robert-santos-assessoria-do-hospital-nega>. Acesso em: 3 jul. 2021.

UNAIDS. *Vamos falar sobre a saúde integral das travestis e mulheres trans?* [S. l.], [2021]. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2021/01/v3_saudeintegral_cartilha.pdf. Acesso em: 8 set. 2021.

VALADARES, C. *Ministério da Saúde habilita novos serviços ambulatoriais para processo transexualizador*. 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-habilita-novos-servicos-ambulatoriais-para-processo-transexualizador>. Acesso em: 11 ago. 2021.

VERGUEIRO, V. Pensando a cisgeneridade como crítica decolonial. In: MESSEDER, S.; CASTRO, M. G.; MOUTINHO, L. (org.). *Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero*. Salvador: Edufba, 2016. p. 249-270.

VERGUEIRO, V. *Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade*. 2015. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.



13

MULHERES E SAÚDE EM PERSPECTIVA: AS LUTAS NA PANDEMIA DA COVID-19

Michele Almeida dos Santos

Adriele Conceição de Castro

Ariana Lopes Cerqueira

Giovanna Harzer Santana

Lorena Souza Mello Leite

Patrícia Medeiros Schoeller

Victoria Bastos Rodrigues

Mônica Angelim Gomes de Lima

INTRODUÇÃO

Este capítulo foi escrito por estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), pertencentes ao Coletivo Feminista Rita Lobato, que despertaram o interesse em analisar e discutir como a atenção à saúde da mulher no município

de Salvador responde às demandas reconhecidas pelas mulheres no cuidado à sua saúde antes e durante a pandemia da covid-19.

O presente capítulo é, portanto, um convite para que você, leitor, compreenda como se dá a atenção à saúde da mulher no Brasil, mais especificamente em Salvador, Bahia. Ao conhecer o histórico de luta das mulheres, as modificações nos programas de atenção à saúde da mulher e como elas vivem na prática, em especial neste período pandêmico, você será capaz de compreender os fatores que influenciam nas dinâmicas atuais do cuidado à mulher e as problemáticas que os envolvem.

Deste modo, este capítulo não visa esgotar a temática, mas ressaltar a relevância do tema e despertar no leitor o interesse em explorar outras fontes bibliográficas, e quem sabe assim, fazê-lo incorporar no seu cotidiano ações mais conscientes no que se refere ao cuidado e respeito às mulheres.

A compreensão sobre a saúde das mulheres não deve se restringir a aspectos biomédicos ou, além disso, se limitar ao conhecimento sobre o acesso a serviços de saúde e medicamento, visto que, para além dos fatores biológicos e de acesso a redes de atenção à saúde, as condições físicas e mentais das mulheres também recebem forte influência do contexto social, político e econômico em que vivem. Desse modo, é fundamental ampliar as perspectivas, analisando conjuntamente aspectos sociopolíticos e ambientais. A partir dessa análise, chega-se ao conceito dos determinantes sociais de saúde que está intimamente relacionado ao processo de saúde-doença de um indivíduo e considera a análise dos diversos aspectos ligados às condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.

A interseccionalidade de determinantes sociais, por outro lado, estabelece relações interdependentes capazes de produzir e reproduzir o poder de forma heterogênea entre mulheres. (FERGUSON, 2018) Por conseguinte, os sujeitos femininos são afetados de modos e graus distintos pelo domínio de seus corpos. O cruzamento dos diferentes aspectos da vida de uma mulher é capaz de produzir uma realidade específica a todas que são demarcadas por ele. Dessa forma, os componentes dos determinantes sociais de saúde não serão interpretados isoladamente, e sim como os fatores que juntos produzem uma resultante comum. A partir disso, compreende-se o quão privilegiado ou vulnerável determinado grupo de mulheres será no atual padrão de sociedade.

A vulnerabilidade fornece, segundo o paradigma biomédico, uma perspectiva de susceptibilidade de um grupo ao risco de desenvolver determinada doença. Todavia, o termo “vulnerabilidade” vem sendo utilizado na saúde pública como estratégia conceitual e metodológica para analisar diversos processos saúde-doença por meio da incorporação de elementos sociais, econômicos e culturais. (PORTO, 2011)

Vale ressaltar que a suscetibilidade à doença é composta por três eixos interdependentes. O primeiro é a dimensão individual da vulnerabilidade, que se refere ao modo de vida próprio do sujeito diante de exposições. O segundo é social, que se refere aos fatores contextuais que impactam na dimensão individual. E o terceiro é a dimensão programática, que aborda a influência das instituições sobre a vivência do sujeito. Dentre o componente social, tem-se:

Aspectos tais como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, etc. (AYRES, 2009, p. 381)

Sob tal análise, ser mulher configura-se um fator social de vulnerabilidade, com reflexo na atenção à saúde. Notavelmente, as desigualdades sociais, em suas múltiplas dimensões, são as principais desencadeadoras da baixa qualidade da saúde. Nesse contexto, as disparidades de gênero, bem como as raciais, são determinantes estruturais que possuem influência no estado de saúde das mulheres brasileiras.

A incidência da pobreza e da dependência econômica da mulher, sua experiência com a violência, as atitudes negativas para com mulheres e meninas, a discriminação racial e outras formas de discriminação, o controle limitado que muitas mulheres exercem sobre sua vida sexual e reprodutiva, e sua falta de influência na tomada de decisões são realidades sociais que têm efeitos prejudiciais sobre sua saúde. (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 1995, p. 31)

O que a análise desses determinantes nos indica é que permanece necessária e urgente a incorporação das perspectivas de classe, gênero e raça em todo o conjunto de dados e estudos produzidos sobre políticas públicas implementadas no âmbito da saúde no país. (MADSEN, 2015)

O trabalho é a fonte de recursos financeiros que permite acesso a bens culturais e sociais, sendo capaz de amenizar vulnerabilidades. Para entender a situação socioeconômica de mulheres, portanto, vale ressaltar o impacto da divisão sexual do trabalho ao atribuir distintas atividades de acordo com o gênero. Nesse sentido, o trabalho configura-se como gênese da desigualdade entre homens e mulheres devido à exploração da mão de obra feminina, seja pela má remuneração, seja pela sobrecarga de funções que abrangem não somente as jornadas de trabalho remuneradas, mas os afazeres domésticos. Os homens, por conseguinte, se apropriam de maior tempo e renda quando comparado às mulheres. Desse modo, o trabalho

torna-se estruturante para o domínio de gênero, alimentando o controle de corpos femininos presente na sociedade patriarcal. (BIROLI, 2016)

A partir de 1970, com a expressiva inserção da mulher no mercado de trabalho, iniciam-se as mudanças no papel social que esta representa. Ao expandir sua identidade para além do espaço doméstico, a mulher conquista locais no espaço público: não apenas mãe, filha, parceira, mas passa a ser também, a profissional, a estudante, a consumidora etc. Assim, a mulher conquista outros espaços de socialização, ultrapassando a dicotomia das esferas privada e pública, que passam a ser locais de luta por igualdade de gênero. Enquanto cidadãs, as mulheres buscam o reconhecimento como sujeitos sociais, possuidoras de direitos. (CARVALHO, 2011)

Apesar de tais mudanças, as mulheres ainda são associadas e socializadas para a maternidade, de modo que a identidade feminina é construída através de sua “função social” reprodutora. Sendo assim, a mulher é tida como a principal responsável pelos filhos e essa fusão social entre maternidade e papel de gênero alicerça as relações de cuidado à imagem feminina. Nesse cenário, a Medicina focaliza a atenção às mulheres em sua principal representação social, e, portanto, tem a saúde sexual e reprodutiva como eixos centrais em sua saúde. (VÁSQUEZ, 2014)

Este capítulo, então, à luz da literatura e de experiências narradas, transcorre sobre a seguinte questão: “como a atenção à saúde da mulher se desenvolve na cidade de Salvador (BA) frente à agenda de cuidado à saúde das mulheres?”. Trata-se, portanto, de uma descrição dialogada sobre a condição da mulher perante a sociedade e o sistema de saúde, bem como sua história de vida e particularidades. Tal diálogo é construído a partir de entrevistas com mulheres envolvidas em diversos níveis de cuidado à saúde, voltando-se para abordagem das histórias de vida e das experiências com o sistema de saúde e com a pandemia de covid-19.

MULHERES EM MOVIMENTO

Ser mulher em sociedades estruturalmente machistas nunca foi uma realidade fácil. Historicamente, elas têm sofrido a pressão de organizações sociais que normalizam a submissão de mulheres a seus companheiros – o que tende a alimentar a ideia de que existem funções específicas para cada sexo biológico, além de naturalizar a exclusividade do trabalho doméstico, criação e cuidado diário dos filhos como responsabilidade primordial das mulheres. Tal cenário contribui para com a perpetuação da divisão sexual do trabalho, em que, independentemente das demandas pessoais que a mulher possui, ela é submetida, quase que obrigatoriamente, a ser acima de tudo “dona de casa”. É neste cenário que todo o esforço em manter uma dupla jornada de trabalho é invisibilizado e desvalorizado, perpetuan-

do a elevada carga de trabalho que se estende aos afazeres domésticos, somado a baixa remuneração e reconhecimento, como explicitam Hirata e Kergoat (2007, p. 597): “[...] uma enorme massa de trabalho é efetuada gratuitamente pelas mulheres, que esse trabalho é invisível, que é realizado não para elas mesmas, mas para outros, e sempre em nome da natureza, do amor e do dever materno”.

Apesar dos estereótipos e opressões, as mulheres sempre foram sinônimo de resistência. A luta por direitos em busca da igualdade de gênero não é uma realidade que emergiu nos dias atuais. Um dos primeiros documentos que se tem acesso neste contexto, como uma representação da luta das mulheres, é a Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã de 1791 proposta à Assembleia Nacional da França. O documento em questão explicitava, nos seus artigos, os direitos e deveres das mulheres, e que no artigo primeiro afirma: “A mulher nasce livre e tem os mesmos direitos do homem. As distinções sociais só podem ser baseadas no interesse comum”. (GOUGES, 2021) Evidencia-se, portanto, a insatisfação feminina quanto às distinções de gênero e à necessidade de romper tais estereótipos.

O movimento feminista passa a constituir, deste modo, a maior representação de luta e resistência das mulheres, se reafirmando como um movimento social. E assim como tantos movimentos que necessitam se reafirmar e se reinventar nos múltiplos contextos que se inserem, este é também um movimento atual, que ao longo da história reformula as pautas a serem reivindicadas a partir das necessidades que tendem a emergir. Como previamente citado, na França as mulheres se mobilizaram em busca da sua liberdade e direitos civis ao se depararem com uma estrutura política que as excluía dos seus direitos como cidadãs, sendo majoritariamente colocadas em uma posição de mulher dependente da figura masculina. Atualmente, apesar dessas pautas ainda estarem presentes e voltadas às necessidades atuais, elas lutam também pela igualdade nas questões trabalhistas, segurança e direito à autonomia pelos seus corpos, por exemplo.

Outro marco histórico de conquista das mulheres compreende a inserção da mulher no mercado de trabalho durante a Revolução Industrial. De acordo com Gurgel (2010, p. 4):

[...] A entrada das mulheres no mundo do trabalho enfrentou forte resistência de parte dos trabalhadores que, dominados pela ideologia patriarcal, consideravam essa presença além de uma ameaça aos seus empregos, mas também uma deturpação do papel tradicional das mulheres que para eles deveria se reduzir ao cuidado do lar.

Apesar disso, elas mais uma vez resistiram e ocuparam esse espaço, convivendo com uma dupla jornada de trabalho, péssimas condições de vida e de trabalho, além da baixa remuneração.

Para além da inserção ao mercado de trabalho, as mulheres buscam ocupar os diversos espaços da sociedade. Pode-se rememorar neste contexto, o movimento sufragista, considerado a primeira onda do movimento feminista, que ocorreu em diversos países entre o final do século XIX e início do século XX. Justamente por sua abrangência de luta, não somente pelo sufrágio, mas pelo direito à educação, à participação política, ao trabalho em áreas de atuação mais amplas e ao divórcio, pode-se notar a amplitude desse movimento, a partir da luta contra os preconceitos e imposições existentes, bem como a igualdade de gênero.

Apesar dos anos de luta, a visão sobre a mulher pautada em sua reprodução e maternidade ainda resiste na sociedade contemporânea e é refletida na atenção à saúde da mulher. À vista disso, devido à necessidade de cuidados mais amplos voltados à saúde, esta foi mais uma bandeira que passou a ser incorporada pelo movimento feminista, a fim de exigir o direito ao domínio do seu corpo e maior abrangência das políticas de saúde já existentes.

No contexto atual, o movimento permanece se reafirmando e se fortalecendo nesses alicerces memoráveis, ao amadurecer e ampliar suas pautas, com o intuito de resgatar direitos e traçar novos contextos que visam reprimir atitudes machistas e preconceituosas, para que assim, as mulheres possam reafirmar o seu espaço na sociedade.

UMA BREVE HISTÓRIA DO MARCADOR SOCIAL “MULHER” NA SOCIEDADE MODERNA E SUAS CONSEQUÊNCIAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER

Quando demandamos controle sobre nossos corpos, nós estamos fazendo demandas, sobretudo, ao Sistema de Saúde. Ele é o guardião das chaves.
(EHRENREICH; ENGLISH, 1973, p. 1, tradução nossa)

A história do cuidado com a mulher, especialmente a nível estrutural, se entrelaça com a evolução da própria Medicina, e, a nível nacional, com a construção do sistema de saúde brasileiro. De acordo com Ehrenreich e English (1973), a Medicina se encontra na intersecção entre a biologia e o policiamento social, e historicamente, percebe-se que a Medicina teve papel importantíssimo na subjugação das mulheres.

Com a constituição do capitalismo, a divisão sexual do trabalho relega as mulheres, mais do que em qualquer outro momento anterior, o papel de mãe e dona de casa. Junto da necessidade de exploração da mão de obra proletária nascida no novo sistema econômico, vem a alocação da mulher ao trabalho não remunerado

doméstico. Silvia Federici, no livro *O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*, diz que a mulher é forçada a este local devido a uma naturalização do sistema da sua própria “inferioridade”.

[...] Não existe nada natural em ser dona de casa, tanto que são necessários pelo menos vinte anos de socialização e treinamento diários, realizados por uma mãe não remunerada, para preparar a mulher para esse papel, para convencê-la de que crianças e marido são o melhor que ela pode esperar da vida. (FEDERICI, 2019, p. 43)

Elisabeth Badinter, filósofa francesa, postula ainda, que a ideia de maternidade e amor materno também é, em grande parte, uma atribuição social construída para as mulheres nesse mesmo momento.

Não se ignora que esse sentimento existiu em todos os tempos, se não todo o tempo e em toda parte. [...] Mas o que é novo, em relação aos dois séculos precedentes, é a exaltação do amor materno como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Alguns, mais cínicos, verão nele, a longo prazo, um valor mercantil. (BADINTER, 1972, p. 145)

Por consequência, no advento do século XIX, o crescimento do campo médico faz com que, mulheres que saiam desse molde social aceitável sejam automaticamente patologizadas. De acordo com Rodgers (2014), o diagnóstico de histeria, por muitos à época, era considerado um diagnóstico “guarda-chuva” para qualquer tipo de comportamento feminino fora da norma. Paul Briquet, médico francês, no seu livro *Traite de l’Hysterie* define a histeria como “uma neurose cerebral em que o fenômeno observado consiste majoritariamente de uma perturbação das atividades vitais, que servem como uma manifestação efetiva de sentimentos e paixões”. (BRIQUET 1859, p. 1401, tradução nossa) Ele cita também que, à época, muitos acreditavam que a histeria era uma doença causada pelo útero, logo, era uma doença unicamente feminina.

As primeiras rupturas nesse paradigma mulher-mãe-dona de casa se dão à eclosão das grandes guerras, que forçam as mulheres a deixarem o seio familiar para conseguir o sustento da família, devido ao fato de um grande contingente masculino da população estar nas guerras. (QUERINO; DOMINGUES; LUZ, 2013) Essa mudança se extingue após o fim da Segunda Guerra Mundial, voltando, assim, ao *status quo* feminino. Sobre isso, as primeiras políticas implantadas no Brasil para a saúde da mulher foram nos anos 1930 e 1950 e eram majoritariamente voltadas a tornar essa mulher em uma melhor mãe (UNIVERSIDADE FEDERAL

DO MARANHÃO, 2013), criando em âmbito nacional um aparato governamental-médico de asseguarção do local feminino de mulher-mãe.

Já na década de 1960, com o desenvolvimento da pílula anticoncepcional, com a segunda onda do feminismo e com o crescimento do movimento negro, mudanças maiores começam a ocorrer. Mulheres buscam liberdade sexual, há o distanciamento da ideia da maternidade, maior inserção no mercado de trabalho, além de controle sobre seus próprios corpos. De acordo com Alves (2006), o início da Ditadura Militar no Brasil traz consigo um forte enfoque em políticas populacionais, de controle de natalidade e planejamento familiar. Por esse motivo, os métodos contraceptivos disponíveis até então, eram disponibilizados quase sem entraves. (PEDRO, 2003) Apesar de parecer contraditório, a existência da mulher-mãe-dona de casa e a liberação da comercialização e consumo de contraceptivos, ambos servem o mesmo propósito: o controle do corpo feminino.

O ano 1975 foi tido pela ONU como o “Ano Internacional da Mulher”, devido à realização da I Conferência Mundial da Mulher, e de este ser considerado o ápice internacional do movimento feminista até então. Nessa conferência é aprovado o Plano da Década da Mulher, documento esse que seria norteador para os Estados guiarem suas políticas públicas voltadas à mulher. Nesse mesmo ano, é criado, no Brasil, o programa materno-infantil, que buscava apresentar políticas a serem seguidas para o período pré-gestacional, gestacional e puerperal. Essas diretrizes, porém, acabavam mais uma vez por delegar à mulher o papel de mãe, e atrelar a sua saúde à sua capacidade reprodutiva. O programa não obteve êxito.

Diferente do cenário internacional, no Brasil o movimento feminista chega ao seu ápice nos anos 1980, devido à reestruturação do movimento negro nacional, a organização de entidades feministas na luta contra a ditadura e o feminicídio. Devido à essa extrema pressão popular, em 1984 é formulado o primeiro conjunto de políticas públicas voltados à saúde da mulher: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2013, p. 9)

A segunda onda do movimento feminista, apesar de um movimento ainda excludente, consegue atingir alguns de seus objetivos, como o PAISM, além de trazer à tona discussões que reverberaram na década seguinte, como o feminicídio.

Com o fim da Ditadura Militar e a Constituição de 1988, estrutura-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que permite que as políticas nacionais construídas até então pudessem ter um maior alcance. Mas, apesar dos avanços apresentados pelo PAISM, o programa era generalista e não apresentava políticas voltadas para mulheres negras, indígenas, lésbicas, presidiárias ou qualquer outro grupo de mulheres vulneráveis.

Devido ao SUS ainda estar em uma fase de consolidação, a nível de políticas voltadas à saúde da mulher, pouco se avançou nos anos 1990. Nessa década, porém, cria-se a lei do planejamento familiar, que prevê que o SUS deve assegurar prestação de serviços de saúde sexual tanto para o homem quanto para a mulher, além de penalizar esterilizações forçadas (BRASIL, 1996), e o estatuto da criança e do adolescente, que contém políticas voltadas às mães no período gestacional e puerperal, porém irá, novamente, delegar à mulher o papel de guardiã da criança e da infância, por muitas vezes isentando o homem de responsabilidade familiar. (BRASIL, 1990)

Apesar dessa estagnação no que diz respeito à saúde feminina propriamente dita, a violência contra a mulher se tornou, nesse momento, um debate público: em 1992 foi instaurada uma CPI para investigar a questão da violência contra a mulher, tornando público pela primeira vez, a nível legislativo, os números relacionados a violência contra a mulher, além de reconhecer que o Código Penal exibia diversos problemas no que se tratava de crimes relacionados à mulher: “Podemos afirmar que a legislação ao dispor sobre os crimes femininos encarar-os como proteção aos valores da família e do Estado, impedindo que a mulher vivencie seu direito de cidadania e de seu próprio corpo”. (BRASIL, 1991) Apesar dos achados da CPI serem promissores, e do olhar público voltado a um grande problema de saúde pública feminina, nenhuma mudança à legislação corrente foi feita naquele momento.

Esses déficits legislativos no que diz respeito à saúde da mulher só começaram a ser mudados a partir de 2003, com a entrada do governo Lula. Neste ano é redigida a lei que torna compulsória, a nível nacional, a notificação de casos de violência contra a mulher, que são atendidos tanto no sistema de saúde público, quanto privado. (BRASIL, 2003) Em 2004, há a primeira adição de diretrizes ao PAISM para humanizar o cuidado feminino, após estudos epidemiológicos sobre o funcionamento do programa, e passa, finalmente, a atender os grupos que até então eram invisibilizados por esta política, além de dar os primeiros passos para uma visão mais geral da mulher, que não a considera apenas enquanto sua saúde reprodutiva. (BRASIL, 2011)

A I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres ocorre no ano de 2004, e, a partir dessa, um novo tipo de planejamento para a saúde pública feminina é

iniciado em 2005: o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que dispõe de diretrizes que deveriam ser seguidas nos anos seguintes e busca, além de saúde de qualidade, “[...] enfrentar as desigualdades entre mulheres e homens em nosso país e reconhecer o papel fundamental do Estado, através de ações e políticas públicas, no combate a estas e outras desigualdades sociais”. (BRASIL, 2005, p. 5) O plano foi reformulado em 2008, e novamente em 2013. Esse último foi regente até 2016. Em 2018, é instituído o Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres (Sinapom), que assumirá a formulação do PNPM. (BRASIL, 2018)

Em 2006, finalmente, é estabelecida a lei que dispõe sobre violência doméstica, suas consequências, e diretrizes para coibi-la. Essa lei se dá em decorrência do caso de violência doméstica de Maria da Penha Maia Fernandes, que sofreu duas tentativas de homicídio, pelo marido, em 1983, após um histórico de violência doméstica durante todo o casamento. Demoram quase 19 anos para que houvesse alguma punição ao caso, ocorrendo essa apenas em 2002, seis meses antes da prescrição do crime. Em decorrência da omissão do Estado brasileiro no caso, houve uma denúncia para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, em 1998. O país é punido, e das diretrizes dadas por essa punição é feita a Lei Maria da Penha. (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2001) Aqui vemos as primeiras reverberações a nível estrutural da pressão pública que se inicia nos anos 1970 e 1980 em relação à essa violência. Em 2018, institui-se o Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica (PNaViD), que funcionará como norteador nas políticas do tema. (BRASIL, 2018) Apesar disso, muitos avanços ainda demorarão décadas a serem alcançados: o uso da tese de legítima defesa da honra¹ em caso de feminicídio, por exemplo, só foi proibido em 2021. (STF..., 2021)

O PAISM recebe expansão, novamente, em 2008, ampliando os serviços de prevenção, detecção e tratamento de câncer de colo uterino e mama. (BRASIL, 2008a) O programa é reformulado em 2011, apresentando novos objetivos que o PAISM busca atingir, como promover melhorias de vida, equidade e no acesso à saúde, contribuir para a redução de mortalidade e morbidade feminina e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS. (BRASIL, 2011) Neste mesmo ano se institui a Rede Cegonha, uma rede de cuidados que busca humanizar o parto, além de garantir a segurança da gestante e do recém-nascido, além do seu crescimento saudável. O âmbito estadual caminhou de forma conjunta ao nacional, e hoje, as ações implementadas e os serviços ainda ativos no estado da Bahia estão apresentados no Quadro 1 a seguir.

1 Legítima defesa da honra: crime considerado resposta legítima de autodefesa que busca “defender a honra conjugal e/ou do acusado”. (PIMENTEL; PANDJIARJIAN; BELLOQUE, 2006)

Quadro 1 – Serviços ativos e ações adotadas no estado da Bahia

Âmbito	Serviço/Ação	Descrição/Finalidade
Saúde sexual e reprodutiva	Planejamento reprodutivo	Distribuição de métodos contraceptivos e capacitação dos profissionais de saúde na atenção à saúde sexual e reprodutiva
Cuidado pré-gestacional, gestacional e puerperal	Rede cegonha	Qualificação e humanização da atenção ao parto e ao nascimento, tendo como objetivo a redução da mortalidade materna e infantil Medidas visando a efetivação da presença de acompanhante de livre escolha das gestantes durante o pré-parto, parto e pós-parto
	Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna (CEEMM)	Estudo epidemiológico sobre a mortalidade materna
	Linha de cuidado materno-infantil	Qualificação profissional, ampliação e melhoria do pré-natal nas unidades da rede pública
	Atenção humanizada a mulheres	Implantação de serviços para mulheres em situação de abortamento em parceria com o Ministério da Saúde (MS), e com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)
	Serviço de atenção diferenciada à adolescentes grávidas	Implementação de serviços com finalidade de evitar a segunda gravidez indesejada
	Sistema de monitoramento e avaliação do pré-natal, parto, puerpério e criança (SISPRENATAL WEB)	Sistema de monitoramento e avaliação da atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento
	Vigilância do óbito materno, infantil e fetal	Implementação de ações de vigilância epidemiológica, além do fortalecimento dos comitês de vigilância
Violência doméstica, sexual ou de gênero	Aborto legal	Implantação de Unidades de referência na assistência ao aborto legal, em parceria com o Ministério da Saúde (MS) Qualificação dos profissionais de saúde da rede hospitalar humanizada à mulheres em situação de abortamento e na Técnica de Aspeiração Manual Intrauterina (AMIU) Distribuição do Misoprostol na rede estadual hospitalar
Cuidado oncológico	Sistema de informação do câncer (SISCAN)	Registrar a solicitação de exames citopatológico de colo do útero e mama, mamografia, resultado de todos os exames solicitados, seguimento dos exames alterados e gerar dados que subsidiem o monitoramento e a avaliação
	Exames oncológicos	Monitoramento externo de qualidade para acompanhamento dos laboratórios que realizam o exame citopatológico
	Rede hospitalar	Organização da rede oncológica do Estado

Fonte: elaborado pelas autoras com base em dados da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

Muito se avançou em relação a políticas públicas voltadas para mulheres, porém ainda somos cerceadas pelo ideário mulher-mãe-dona de casa, o que ocasiona grande parte das políticas de saúde voltadas à mulher serem políticas para a mulher-mãe. Legalmente, não podemos abordar as mulheres apenas no nível que a sociedade diz ser seu devido local: o ser mãe, a sua capacidade reprodutiva. Mulheres são pessoas completas, multifacetadas. A saúde da mulher deveria envolver não só os níveis hospitalar e legislativo, mas também a alimentação, a higiene, saneamento básico, educação, e uma luta ativa pelo fim da desigualdade social.

A sociedade de classes capitalista sistematizou a opressão feminina de forma extremamente complexa, e isso inclui o âmbito médico. Nas palavras de Ehrenreich e English (1973, p. 39, tradução nossa), “nunca podemos perder de vista o fato de que não é nossa biologia que nos oprime – mas um sistema social baseado em dominação de gênero e classe”. Após esse panorama geral estatal e histórico do que se manejou conquistar até então, e a quantidade de necessidades que ainda temos não correspondidas, que constantemente parecem crescer, principalmente quando observamos o momento atual – a pandemia de covid-19 – o que nos resta é um questionamento: será possível avançar em uma sociedade que necessita da subjugação do outro?

USO DAS ENTREVISTAS COMO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Durante a construção do capítulo foram realizadas entrevistas com mulheres envolvidas em diversos níveis de cuidado à saúde. Ao longo dos diálogos com cada uma, foram abordadas as suas histórias de vida, experiências com o sistema de saúde, além da repercussão da pandemia nas suas vidas pessoais, familiares e profissionais. A escolha das entrevistadas foi feita objetivando melhor observar diferentes pontos de vista em relação ao cuidado à saúde, contrapondo pontos de vistas dessas mulheres, tanto como profissionais que se encontram em diferentes instâncias nas instituições, como usuárias do sistema de saúde. A seguir, são descritas cada uma das entrevistadas,² com uso de pseudônimos de forma a preservar suas identidades:

Amarilis: 39 anos, agente comunitária de saúde e estudante de Psicologia. É mãe de um filho de 9 anos, casada há 12 anos.

Jasmim: Advogada, formada pela Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 2020. É cofundadora do Coletivo Feminista Madás e mestrande do

2 Entrevistas concedidas as autoras deste capítulo, em Salvador, 2021.

Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares em Mulheres, Gênero e Feminismo (PPGNEIM) da UFBA e trabalha com engenharia jurídica.

Rosa: 40 anos, trabalha na equipe de higienização do centro cirúrgico do Hospital Aristides Maltês há 23 anos. É mãe de um filho de 15 anos e duas meninas.

Margarida: 60 anos, professora, formada em Letras e pós-graduada pelo Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares em Mulheres, Gênero e Feminismo (PPGNEIM) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Moradora do bairro do Calabar e responsável pela reativação da Associação de Mulheres do Calabar.

Violeta: 43 anos, cirurgiã geral e mastologista, trabalhadora do Hospital da Mulher entre outros hospitais de Salvador. É casada e mãe de dois filhos.

Durante as entrevistas foi possível observar diferenças nas vivências trazidas pelas mulheres dos pontos de vista individual e coletivo. Silva (2015), ao descrever práticas feministas e suas influências nas lutas dos anos de 1980 por direitos reprodutivos, destaca a importância de espaços de sociabilidade e tomada de consciência para o engajamento e mobilização em torno da temática, visando conquistar avanços coletivos. Também é ressaltada a relevância desses movimentos para promover o reconhecimento da própria mulher sobre as suas demandas individuais, como elas reverberam no coletivo e formas de orientação de ações para a transformação almejada. Nesse sentido, ao longo das entrevistas foi perceptível as influências dos movimentos sociais que Jasmim e Margarida constroem nas suas vivências e percepções individuais, aspecto que não foi notado nas demais entrevistas.

PANDEMIA E SEUS EFEITOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NA VIDA DAS MULHERES

Desde o final do ano 2019 o mundo vem sofrendo as consequências da disseminação do vírus SARS-CoV-2, responsável por ocasionar a covid-19, doença que até início de agosto do ano de 2021 já acometeu mais de 20 milhões de brasileiros, vitimando fatalmente cerca de 568 mil de pessoas no país, de acordo com dados do balanço do consórcio de veículos de imprensa com dados das Secretarias de Saúde de 13 de agosto de 2021.

O vírus tem grande facilidade de transmissão entre as pessoas e a doença pode cursar com manifestações clínicas leves ou graves sendo incerto o curso em cada indivíduo, o que faz com que a covid-19 possua potencial de gravidade capaz de causar sobrecarga no sistema de saúde, necessitando assim de ações que visem o controle da dinâmica de transmissibilidade. (CAMPIOLO et al., 2020) Por conta

dessa realidade, a principal medida adotada por países sérios e comprometidos com a necessidade de contenção da doença foi o isolamento social/confinamento com incentivo à permanência das pessoas em suas casas e funcionamento apenas de serviços essenciais. No Brasil, apesar da disseminação de uma onda de negacionismo, incluindo o discurso do próprio presidente, muitas cidades realizaram o *lockdown* objetivando a limitação da propagação da enfermidade. Tal medida foi de grande importância para redução do número de casos diários confirmados e possivelmente para a diminuição da quantidade de óbitos diários, conforme as análises feitas em Belém, Fortaleza, Recife e São Luís, no artigo “O efeito do bloqueio na epidemia de covid-19 no Brasil: evidências de um desenho de série temporal interrompida”. (MOTA et al., 2021)

Com relação aos serviços de saúde, a pandemia trouxe impactos sensíveis na dinâmica de trabalho das instituições, principalmente com relação ao uso de equipamentos de terapia intensiva, disponibilização de insumos e à força de trabalho capacitada para atuação nesse cenário. Em alguns locais esses recursos tornaram-se escassos tendo em vista a heterogeneidade na distribuição destes no território brasileiro. (RACHE et al., 2020) No município de Salvador, na Bahia, a prefeitura afirma que cerca de 74 milhões de reais são investidos mensalmente apenas na área de saúde visando o combate ao coronavírus. Esse investimento é direcionado tanto no controle da necessidade de leitos hospitalares, quanto na aquisição de aparelhos e nos recursos humanos necessários. (SALVADOR, 2021)

Na atenção primária, a porta de entrada para o sistema de saúde, tornou-se imperativa a necessidade de reorganização dos processos de trabalho com o intuito de evitar que pessoas, sobretudo aquelas mais vulnerabilizadas, ficassem desassistidas em um momento tão crítico. Mudanças na área também foram adotadas pela cidade de Salvador, que contou com a reorientação da dinâmica de funcionamento das instituições, incluindo:

Incorporação de tele acesso, telecadastro e teleconsulta, a expansão da lógica de monitoramento para os demais usuários(as) adscritos que apresentem necessidades de cuidado continuado e a reorganização dos fluxos internos de acolhimento/atendimento. (SALVADOR, 2020)

Tais atividades remotas tinham como objetivo dar prosseguimento na função da atenção primária de criação de vínculo com os usuários do sistema de maneira mais próxima, a partir de esclarecimento de dúvidas, orientações, monitoramento, trocas de receitas, requisição de consultas e exames, entre outros. A atenção primária também reorganizou suas atividades no sentido de promover atendimento inicial e monitoramento de pacientes sob suspeita de infecção

por coronavírus, objetivando, dessa maneira, tentar diminuir a superlotação da atenção especializada de média e alta complexidade. Em contrapartida, muitos atendimentos foram suspensos, na tentativa de evitar aglomerações, circulação de pessoas e consequentemente disseminação do vírus. (SALVADOR, 2020)

Cabe destacar que com o investimento em vacinação em massa, algumas unidades vêm concentrando suas forças nesse processo, como informa Amarilis, agente comunitária de saúde no município: “[...] no período da pandemia a gente tava atendendo pessoas com suspeitas de covid, atualmente a gente não tá recebendo esses pacientes porque a gente tá trabalhando com a vacinação”.

Para além dos impactos organizacionais e infraestruturais que a pandemia causou nos sistemas de saúde, é muito importante salientar as repercussões que este momento produziu nos profissionais de saúde, configurando uma implicação indireta no sistema. Atuando em um cenário nunca visto, com número elevado de doentes e de óbitos – incluindo familiares, amigos e colegas de profissão –, em jornadas de trabalho exaustivas, tudo isso há mais de um ano (apesar de que com a vacinação em massa, o panorama tem melhorado aos poucos), já era esperado que tais profissionais fossem acometidos por esgotamento físico, emocional e psíquico, com consequências graves à sua saúde mental. (LEONEL, 2021) Dessa maneira, as condições sob as quais os profissionais de saúde foram e continuam sendo submetidos durante a pandemia configura um impacto importante para o sistema de saúde. Sobre os efeitos da pandemia nesses trabalhadores, a médica Violeta, conta sua experiência pessoal, deixando claro como o momento trouxe consequências negativas para essa parcela populacional:

Foi um boom, foi um desespero, muito colega adoecendo, teve esse aspecto também, muito colega adoeceu pela covid, pelo estresse, pelo medo, pelo terror todo criado e o trabalho triplicou – a gente dava um plantão assim que não dava nem para ir no banheiro praticamente, um plantão de 12 horas, você tá ali, e fora que era muito angustiante.

Ainda sobre a realidade dos profissionais de saúde, cabe evidenciar que, de acordo com dados do questionário da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e do Centro de Estudos Estratégicos (CEE/Fiocruz) sobre as *Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da covid-19*, a força de trabalho durante a pandemia é majoritariamente feminina (77,6%). (LEONEL, 2021) E dessa forma, cabe focarmos neste momento do texto na maneira como as mulheres foram atravessadas pelos efeitos desse momento histórico.

Ao longo da história, o fortalecimento dos movimentos de mulheres, tal como a presença de lideranças femininas nas instâncias deliberativas, mostra-se essencial na luta pela integralidade da saúde dessa população. Como exemplo,

destaca-se a participação nas proposições e reivindicações para efetivação da Política Integral à Saúde da Mulher e parcerias entre entidades do movimento feminista e o Ministério da Saúde para a produção de materiais educativos sobre atenção e o cuidado à saúde das mulheres. Constata-se também a fundamental importância de representações dos movimentos sociais nos respectivos espaços de poder, objetivando a vocalização das suas demandas. Todavia, apesar da existência de representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), por exemplo, a presença da temática de saúde da mulher nos debates ainda é escassa, conforme aponta um levantamento realizado no período de 2003 a 2007, em que a pauta de saúde da mulher foi abordada 45 vezes, sendo que 26 (57,77%) das ocasiões foram relacionadas a informes e indicações de representantes do CNS. (COSTA, 2009)

Nesse contexto em que a participação social já se encontra fragilizada, a partir de março de 2020 outro fator surge como mais um desafio a ser enfrentado pelos movimentos das mulheres: a pandemia da covid-19. Durante as entrevistas realizadas, o Coletivo Madás, assim como a Associação de Mulheres do Calabar, citou como principal consequência aos movimentos sociais a necessidade de suspensão das atividades pela impossibilidade de realização de ações presenciais devido ao isolamento social. Essa conjuntura é ainda mais alarmante, tendo em vista que os aparatos governamentais não suprem as demandas das comunidades em sua completude, cabendo aos movimentos sociais preencher a lacuna de desemprego deixada pelo Estado, conforme Margarida, representante da Associação de Mulheres do Calabar, destaca *“Quem tem que estar fazendo melhor para a gente, somos nós mesmas, que estamos ali nas comunidades”*.

Ainda sobre as dificuldades enfrentadas pelos movimentos sociais na pandemia, Jasmim, representante do Coletivo Madás, enfatiza o obstáculo da própria sobrevivência desses espaços de resistência, tendo em vista que as atividades se baseiam nos laços entre as mulheres que fazem parte do movimento. Apesar de autoras como Rosa e Vilarinho (2020) trazerem o ciberativismo como uma das estratégias utilizadas para resistir e ultrapassar as fronteiras físicas, proporcionando mobilização política nesse período da pandemia, essa vivência não é compatível com a realidade de todas as mulheres. Margarida salienta, por exemplo, a dificuldade de adesão e mobilização dentro da comunidade do Calabar *“[...] elas não querem participar mais. Elas podem até participar dos eventos, elas dizem ‘Eu vou participar dos eventos que vocês fizerem, mas fazer parte eu não quero não’”*.

Deve ser analisado também o impacto da pandemia no cuidado à saúde individual das mulheres. A dupla jornada de trabalho torna-se ainda mais evidente com as mudanças de rotina ocasionadas pelo cenário pandêmico, conforme aponta Rosa, trabalhadora do setor de higienização de um hospital de Salvador: *“A gente trabalha mais porque tem que estar sempre limpando a casa com água sanitária,*

com tudo, para não contaminar os filhos, a gente". Nesse contexto, para as mulheres que estão à frente dos movimentos sociais, ainda há mais carga de trabalho a ser acrescentada, de acordo com o depoimento de Margarida: *"As mulheres é que se alvoraram nos movimentos aí, para poder fazer com que a coisa aconteça. Quem é que tá dando sopa lá na ponta? São mulheres, são as comunidades vulnerabilizadas que estão lá dando comida"*.

Percebe-se que a pandemia evidenciou mazelas que já eram reconhecidas pelo movimento feminista há muito tempo: a invisibilidade do trabalho doméstico e as suas consequências para a saúde mental da mulher. Silvia Federici (2019) sinaliza que o trabalho reprodutivo e doméstico realizado pelas mulheres é o motor que mantém o mundo em movimento e é a partir dessa exploração que os demais setores da sociedade conseguem funcionar. Concomitantemente com o descrito pelas entrevistadas, dados do "Relatório Sem Parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia", mostram que a percepção das mulheres é que o trabalho doméstico e de cuidado se intensificou de forma geral.

A repercussão da pandemia também envolve o agravamento da violência doméstica contra as mulheres. Marques e demais autores (2020) descrevem como fatores que ampliam a vulnerabilidade de mulheres para esse desastroso desfecho durante o cenário pandêmico: a restrição de movimento, limitação financeira, diminuição de estratégias de enfrentamento, fragilidade da rede de ajuda a partir da redução da coesão social, além dos próprios serviços de saúde estarem direcionados para os agravos físicos gerados pela covid-19, como bem explanado anteriormente. Nesse contexto, Jasmim, durante a entrevista, destacou:

Essa experiência mórbida pela qual a gente está passando, de certa forma, comprovou algo que a gente fala há muito tempo, que o ambiente doméstico é o ambiente mais perigoso para as mulheres. [...] O espaço doméstico é um espaço perigoso para as mulheres e nós estamos confinadas por tempo indeterminado nesses espaços.

Portanto, é evidente que durante a pandemia o trabalho das mulheres nunca parou. Pelo contrário, foi intensificado, contemplando os trabalhos invisibilizados de cuidado, realizados de forma não remunerada. Dessa forma, a sobrecarga de trabalho, somada com a sobreposição de responsabilidades, fazem com que a saúde das mulheres seja ainda mais impactada por este cenário insalubre.

Vale ressaltar ainda que "A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos". (BRASIL, 2004, p. 9) É nesse sentido, que a análise de estruturas e relações sociais que estão envolvidas na vivência das mulheres colabora para compreensão dos processos saúde-doença que as afetam.

Sob a perspectiva da dimensão programática da vulnerabilidade, têm-se as instituições sobre as quais mulheres obtêm acesso para promoção de saúde e prevenção de agravos. Assim, entender as redes de saúde que estão disponíveis e as formas de acolhimento que são ofertadas, revelam as estruturas de cuidado às quais as mulheres integram. A partir desse conhecimento, é possível saber quais ausências e falhas, ou até mesmo acolhimento, são apresentados pelas instituições e políticas públicas. (AYRES, 2009)

Saber das estruturas existentes, entretanto, não fornece conhecimento holístico acerca da saúde da mulher, uma vez que há aspectos da individualidade que interferem no seu cuidado. Assim, encará-la como sujeita autônoma torna-se primordial para saber de suas demandas. Priorizar a vocalização da mulher, através da escuta ativa, permite atuação ainda mais eficaz na promoção de saúde, personalizando o atendimento necessário ciente dos serviços disponíveis e centrando a Medicina na pessoa, nesse caso, nessas mulheres. Nessa perspectiva, a Unidade de Saúde da Família (USF) na qual Amarilis trabalha aparenta ter uma escuta um pouco mais qualificada dessas mulheres, já que possuem algumas programações específicas voltado para a saúde psicológica desse público:

[...] atualmente a gente tem o 'cuidando das emoções', que é um grupo com a psicóloga lá do posto, que a gente atende às mulheres em sofrimento. [...] antes da pandemia a gente juntava 20/25 mulheres. Atualmente a gente está fazendo os encontros online, ou como a demanda tava muito grande e as pessoas estavam precisando mais, a gente tá fazendo encontro de seis pessoas, sete no máximo, e após os encontros a psicóloga, quem precisa naquele dia vai para um atendimento individual. A gente tem também o outro grupo que era voltado às mulheres que a gente fazia palestras, [...] a gente ia no abrigo da área, fazia palestras lá, fazia cuidados com as mulheres de pintar unha, limpar unha, cabelo, massagens, nas casas também das mulheres acamadas que não poderiam sair. Tem, mês de outubro, a gente tem um mês todo voltado às mulheres, como março também, que a gente tem sala de espera, a gente sempre cria alguma atividade, nunca passa em branco, sempre tem algo voltado [...].

Portanto, à luz dos determinantes sociais de saúde, saber das demandas reconhecidas pelas próprias mulheres, enriquece a análise de suas queixas, uma vez que, para além do plano individual, parte-se para as susceptibilidades socialmente configuradas que influenciam em sua saúde. Essa perspectiva ampla também é entendida pelas mulheres entrevistadas, que demonstram a complexidade da saúde. Para Violeta, a saúde envolve os aspectos mentais, sociais, econômicos, incluindo desde as condições de trabalho até as condições alimentares, de saneamento básico, de educação e de moradia. Concordando com esse ponto de vista, Margarida concebe a saúde enquanto espelho das condições de vida:

[...] Pra mim saúde é uma coisa ampla, e ela começa dentro de casa. Na sua própria casa você precisa ter os cuidados com a sua saúde. [...] Se você não tem uma alimentação, pode ter certeza que você não vai desfrutar de saúde, você não vai ter saúde, porque um corpo vazio não vai sobreviver [...] A claridade, a claridade é uma coisa importante. Como é que eu vou viver bem dentro de casa se a minha casa não tem energia?

De acordo com o PAISM, investir em saúde da mulher é também investir em sua educação. Assim, a política não restringe o cuidado aos profissionais de saúde, mas integra a mulher nessa função, haja vista que socialmente elas são as principais cuidadoras, seja do lar, de familiares e de si. Por isso, em sua proposta consta a importância do empoderamento das usuárias do SUS e de sua participação nos setores de controle social. Reforçando, portanto, a mulher enquanto agente promotora de saúde, cujo papel é também a transformação de circunstâncias propensas ao adoecimento.

As autoras Suelene Coelho e Yula Franco trazem a sociedade para um despertar muito importante na construção e desenvolvimento de protocolos a despeito do cuidado da mulher em sua multidimensionalidade. É preciso trazer ao centro do debate a compreensão sobre como a saúde da mulher é ensinado nas escolas de saúde, romper com as barreiras da dicotomização a respeito dos papéis sociais e inserir as verdadeiras necessidades em saúde das mulheres. (FONSECA, 2005) Isto é, para além da saúde sexual e reprodutiva, é imprescindível cuidar de suas necessidades sociais, inclusive fornecendo atenção para as diversas violências que podem sofrer, seja ela doméstica, psicológica, patrimonial, entre outras. Tal limitação no cuidado proporcionado ao público feminino é também percebido pelas mulheres entrevistadas para a construção desse capítulo, e isso fica claro na fala de Jasmim acerca dessa temática:

[...] as mulheres, elas ainda são vistas pela ciência em geral, mas especificamente pela ciência médica, como cidadãos de segunda categoria, como pessoas que não têm autonomia pelos seus diante dos seus próprios corpos e principalmente no que se refere à saúde reprodutiva, direitos reprodutivos das mulheres. [...] o que acontece é que existe uma preocupação com a capacidade reprodutiva da mulher, mas não existe uma preocupação com a saúde no geral.

Ainda para Jasmim, é urgente que as mulheres sejam lidas pela sociedade enquanto seres independentes, com direito à escolha e autonomia sobre sua saúde, que deve ser entendida em sua complexidade, abrangendo obviamente as suas particularidades. Assim, ações que visam aprimorar a atenção integral à saúde das mulheres incluem, por exemplo, garantir a qualidade da formação

profissional em cursos de saúde no que se refere à abordagem dessa temática. É importante considerar que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres, e para além disso, as diferentes especificidades das mulheres. Aspectos identitários raciais, étnicos e de gênero, a condição social, a sexualidade, o ambiente e a forma como cada mulher se insere no mundo são variáveis extremamente relevantes a serem observadas de modo a garantir condutas adequadas na atenção integral à saúde.

Além de constituir a maior parcela da população brasileira, as mulheres são as principais usuárias do SUS. (BRASIL, 2004) Dessa forma, correspondem a um segmento social muito importante para a saúde pública, de modo que o investimento em políticas públicas que atendam a esse grupo é um caminho que beneficia toda a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao construir esse mosaico de mulheres que falam sobre saúde a partir de suas particularidades, esse capítulo traceja teoria científica e experiências contemporâneas. Isso porque, ao revisitar a literatura existente, expõe ao leitor o histórico sociopolítico acerca de direitos das mulheres, além de trazer à atualidade as questões através de suas entrevistas. Assim, observa-se que as relações atuais da mulher ainda possuem resquícios desse histórico.

Vale ressaltar que as mulheres entrevistadas estão associadas às redes de cuidado, seja por trabalharem na área saúde, seja por representarem politicamente outras mulheres. Nesse sentido, o exercício de entrevistá-las trouxe às autoras desse capítulo a possibilidade de conhecer perspectivas diversas de entendimento de saúde e cuidado, associadas às realidades individuais dessas mulheres, de como elas vivem, como se organizam na prática e de como concebem a realidade atual, no sentido de desafios para promoção de saúde em sua amplitude. Desde a elaboração do eixo a ser trabalhado até a prática da escuta, de forma que as experiências compartilhadas proporcionaram aprendizado empático e abrangente ao escutar as particularidades de cada uma.

Assim, observa-se que apesar da agenda de cuidado proposta por instâncias governamentais distintas, pelos avanços que PAISM propôs e todos os serviços disponíveis, ainda há muito a ser conquistado no âmbito da saúde da mulher. Isso porque, apesar de uni-las nesse coletivo, há particularidades acerca de sua raça, sexualidade, classe socioeconômica, entre outros. Nesse sentido, quanto mais igualitária a sociedade for, menor serão os agravos ao adoecimento dessas mulheres. A saúde da mulher, portanto, configura-se no exercício do direito à cidadania, cuja luta por melhorias é um processo contínuo, que ultrapassa o determinado

por instâncias governamentais e políticas públicas, mas configura-se presente em ações individuais e coletivas na busca por respeito e equidade entre gêneros.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. (Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, n. 21). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv31808.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2021.

AYRES, J. R. de C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC: FIOCRUZ, 2009. p. 375-417.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

BIROLI, F. Divisão sexual do trabalho e democracia. *Dados: revista de ciências sociais*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 719-754, 2016.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Resolução nº 46/1991*. Relator: Sandra Starling. Institui Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar a questão da violência contra a mulher. Brasília, DF, 8 ago. 1991. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0d9bt55eic55p68y8m3qliurz16307122.node0?codteor=1243609&filename=Dossie+-PRC+46/1991. Acesso em: 13 ago. 2021.

BRASIL. Decreto nº 9.586, de 27 de novembro de 2018. Institui o Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres e o Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 nov. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9586.htm. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*, Brasília,

DF, 25 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 abr. 2008a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11664.htm. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher*: bases da ação programática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*: plano de ação 2004-2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília, DF: SEPM, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher: SEPM, 2008b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

- BRIQUET, P. *Traite de l'Hysterie*. Paris: J.B-. Baillièere et Fils, 1859.
- CAMPIOLO, E. L. *et al.* Impacto da pandemia do covid-19 no serviço de saúde: uma revisão de literatura. *Interamerican Journal of Medicine and Health*, Campinas, v. 3, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/140/165>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- CARVALHO, D. J. A conquista da cidadania feminina. *Revista multidisciplinar da UNESP*, São Paulo, n. 11, p. 143-153, jun. 2011. Disponível em: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20180403120759.pdf. Acesso em: 29 set. 2021.
- COELHO, S.; PORTO, Y. F. *Saúde da mulher*. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3904.pdf>. Acesso em: 29 set. 2021.
- COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Relatório nº 54/01: Caso 12.051 Maria da Penha Maia Fernandes*. [S. l.], 2001. Disponível em: https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/08/OEA_CIDH_relatorio54_2001_casoMariadaPenha.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.
- CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 4., 1995, Pequim. *Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher*. Pequim, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf. Acesso em: 29 set. 2021.
- COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*. Tacoma, WA: Lunaria Press, 1973. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969738/mod_resource/content/1/Complaints%20and%20Disorders%204.14%20%281%29.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.
- FEDERICI, S. *O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. São Paulo: Elefante, 2019.
- FERGUSON, S. Feminismos interseccional e da reprodução social: rumo a uma ontologia integrativa. *Historical Materialism*, Campinas, v. 24, n. 2, p. 13-38, 2018.
- FONSECA, R. M. G. S. da. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 450-459, 2005.
- GOUGES, Olympe de. *Declaração dos direitos da mulher e da cidadã e outros textos*. Tradução Cristian Brayner. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2021. (Coleção Vozes femininas).
- GURGEL, T. Feminismo e luta de classe: história, movimento e desafios teórico-políticos do feminismo na contemporaneidade. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 9., Florianópolis, 2010. *Anais [...]*. Florianópolis: UFSC, 2010. p. 1-9.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.

LEONEL, Filipe. *Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde*. Rio de Janeiro, 22 mar. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MADSEN, N. Pequim +20: saúde das mulheres. In: FONTOURA, N. de O.; REZENDE, M.; QUERINO, A. C. *Beijing +20: Avanços e desafios no Brasil contemporâneo*. Brasília, DF: IPEA, 2020. cap. 3, p. 91-157. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10307>. Acesso em: 29 set. 2021.

MARQUES, E. S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420>. Acesso em: 18 ago. 2021.

MOTA, I. A. *et al.* Impact of COVID-19 on Eating Habits, Physical Activity and Sleep in Brazilian Healthcare Professionals. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 79, n. 5, p. 429-436, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/HZyYRd5634Pp4hhqcGWrhPB/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ONU MULHERES. *Conferências Mundiais da Mulher*. Onumulheres.org.br. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias>. Acesso em: 13 ago. 2021.

PIMENTEL, S.; PANDJIARJIAN, V.; BELLOQUE, J. “Legítima Defesa da Honra”: ilegítima impunidade de assassinos: um estudo crítico da legislação e jurisprudência da América Latina. In: CORRÊA, M.; SOUZA, É. R. de. *Vida em família: uma perspectiva comparativa sobre “crimes de honra”*. Campinas: Pagu/Núcleo de Estudos de Gênero/Center for Gender Studies, Unicamp, 2006. p. 65-134. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=50807>. Acesso em: 15 ago. 2021.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-260, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-01882003000100010>. Acesso em: 13 ago. 2021,

PORTO, M. F. de S. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 93, p. 31-58, 2011. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.133>. Disponível em: <http://journals.openedition.org/rccs/133>. Acesso em: 6 out. 2022.

QUERINO, L. C. S.; DOMINGUES, M. D. dos S.; LUZ, R. C. da. A evolução da mulher no mercado de trabalho. *E-Faceq: revista da Faculdade Eça de Queirós*, Jandira, SP, ano 2, n. 2, p. 1-32, ago. 2013. Disponível em: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170427174519.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.

RACHE, B. *et al.* Necessidades de infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. São Paulo: IEPS, 2020. (Nota Técnica, n. 3).

RODGERS, C. *Women, Power, and Reproductive Healthcare*. [S. l.]: OHSU Library, 2014. Disponível em: <https://www.ohsu.edu/historical-collections-archives/women-power-and-reproductive-healthcare>. Acesso em: 13 ago. 2021.

ROSA, L. C. dos S.; VILARINHO, L. da S. (org.). *Família na desinstitucionalização em saúde mental*. Teresina: EDUFPI, 2020.

SALVADOR (BA). Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria de atenção à saúde, Coordenadoria de atenção primária à saúde: *Nota Técnica DAS/APS – novo Coronavírus nº 09/2020, de 23 de junho de 2020*. Orientações para a reorganização do processo de trabalho da atenção primária à saúde no enfrentamento ao novo coronavírus (covid 19) no município de Salvador. Salvador, 2020.

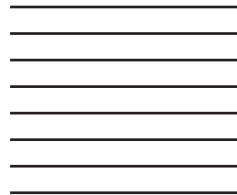
SALVADOR (BA). Secretaria Municipal da Saúde. *Prefeitura investiu mais de R\$800 mil em um ano de combate à pandemia*. Salvador, 19 mar. 2021. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/prefeitura-investiu-mais-de-r800-mi-em-um-ano-de-combate-a-pandemia/>. Acesso em: 6 ago. 2021.

SILVA, E. F. da. Metodologia feminista e direitos reprodutivos no Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 893-903, jul./set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030027>. Acesso em: 1 set. 2021.

STF proíbe por unanimidade uso do argumento da legítima defesa da honra por réus de feminicídio. *G1 - Jornal Nacional*, Rio de Janeiro, 13 mar. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/03/13/stf-proibe-por-unanimidade-uso-do-argumento-da-legitima-defesa-da-honra-por-reus-de-femicidio.ghtml>. Acesso em: 15 ago. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Universidade Aberta do SUS. *Saúde da mulher: geral*. São Luís: UFMA/UNASUS, 2013. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7850/1/Provab-2012.1_Modulo11_Introducao.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.

VÁSQUEZ, G. Maternidade e feminismo: notas sobre uma relação plural. *Revista Trilhas da História*, Três Lagoas, MS, v. 3, n. 6, p. 167-181, jan./jun. 2014.



14

MEDICINA E ESPORTE

Breno Gabriel Araújo Sampaio de Jesus

Júlia Brito Vieira Thimmig

Luiza Lopes Cabral Brito

Heliakim Soares dos Santos

Maria Theresa Corrêa Evangelista

Maria Clara Lopes Almeida Santos

Wellington Fernando de Almeida Mendonça

ESPORTE E SAÚDE

O esporte, em sua própria definição, está atrelado à saúde. Descrito objetivamente como prática, individual ou coletiva, de atividade física metódica, com fins de recreação ou manutenção de condicionamento corporal, observa-se que a prática esportiva traz benefícios para seus praticantes, tanto para a saúde física, quanto para a saúde mental.

Sua origem é imprecisa, visto que a prática de exercícios é inerente ao ser humano e diversas atividades hoje consagradas em grandes esportes, como a corrida, o nado e a luta, já foram artifícios necessários à sobrevivência da espécie. Assim, existem diversos registros do desporto ao redor do globo, sendo o mais antigo encontrado no Egito e datado de 1850 a.C., ou seja, há quase 4 mil anos, o qual mostra a prática de diversos movimentos de luta. (DUARTE, 2019)

Atualmente, o esporte deixa de ser uma necessidade vital e assume outras dimensões na rotina da população. Nessa realidade, a prática esportiva está presente em todas as idades, em diversas formas, como no lazer, ilustrado nas reuniões de amigos para “jogar bola”; na cultura, vista na própria caracterização do Brasil como “país do futebol”; e como entretenimento, no qual o mundo se volta para eventos como a Copa do Mundo e as Olimpíadas. Não obstante, o esporte também se apresenta como forma educacional, no desenvolvimento de diversas habilidades e competências; como saúde, na prevenção de doenças e promoção de bem-estar; e até como profissão.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020), de quatro a cinco milhões de mortes poderiam ser evitadas por ano caso a população mundial fosse mais fisicamente ativa. Os benefícios da atividade física regular são diversos e abrangem todas as idades, melhorando a aptidão física e a saúde cardiometabólica e óssea em crianças e adolescentes, além de diminuir a mortalidade por doenças cardíacas e a incidência de diabetes tipo 2 e alguns tipos de cânceres em adultos e idosos. Ademais, o exercício também promove o fortalecimento muscular e a manutenção de um peso saudável, sendo inegáveis as vantagens da prática de esportes para a saúde física dos indivíduos.

No que tange a saúde mental, diversos estudos apontam que a atividade física auxilia na redução de sintomas de depressão e ansiedade, assim como previne o declínio cognitivo e promove a melhora do sono, contribuindo para o bem-estar geral. Ressalta-se também que não só a prática de exercícios favorece a saúde mental, como o comportamento sedentário em crianças e adolescentes está associado à menor aptidão, comportamento pró-social e duração do sono. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020) Nessa perspectiva, a vivência esportiva traz consigo os benefícios do exercício para a saúde mental, associado à promoção de outras habilidades, como o controle emocional, o trabalho em equipe e a disciplina.

Consoante tais informações, implica-se que o esporte está fortemente presente nas vivências do cotidiano, bem como influencia a saúde desde a juventude. Desse modo, é imprescindível que esteja inserido como objeto de estudo da Medicina, conforme observado por meio da Medicina do Esporte.

Por outro lado, tal especialidade não é a única forma da inserção do esporte na Medicina. A prática desportiva também está presente na realidade dos docen-

tes através, principalmente, do movimento das associações atléticas acadêmicas, organizações sem fins lucrativos que tem como objetivo promover a prática do desporto, além de integração e bem-estar aos estudantes, colaborando assim com o desenvolvimento do esporte universitário. Essas duas vertentes da relação entre esporte e Medicina serão mais exploradas no decorrer do capítulo.

HISTÓRIA DA MEDICINA DO EXERCÍCIO E DO ESPORTE

Na contemporaneidade, principalmente após a Revolução Técnico-Científica- -Informacional, o trabalho com computadores e máquinas torna as pessoas cada vez mais sedentárias de forma que o esporte e a prática da atividade física vêm ganhando espaço fundamental na prevenção de doenças e conservação da saúde constituindo-se parte integral da vida humana. (PELLEGRINOTTI, 1998) Em 1979, Mellerowicz e Meller chamam atenção para uma sociedade mecanizada na qual poupamos o trabalho físico e suprimimos até a necessidade de locomoção nos tornando cada vez mais sedentários, o que ratifica a importância da prática esportiva para a manutenção da saúde.

Dos estádios olímpicos às quadras, dos campos de futebol aos museus, é possível perceber a herança dos esportes há milhares de anos. A Medicina e o esporte têm andado juntos desde 1550 a.C. quando o médico hindu Susrota escreveu o “Papyrus Ebers”, sendo este o primeiro documento que demonstra a influência do exercício no tratamento de doenças, sendo possível diagnosticar as enfermidades através da glicosúria e tratar pacientes através da nutrição adequada e do exercício físico. (DE ROSE, 1997; POPKIN et al., 2013)

Na Grécia Antiga é possível observar a importância que os filósofos atribuíam aos esportes e atividades físicas regulares, buscando esses mecanismos como forma de alcançar harmonia e saúde. Através do culto ao corpo saudável surgiram, a princípio como festivais religiosos, as Olimpíadas, nas quais a principal competição era uma corrida no Vale Olímpia, podendo o vencedor acender o fogo sagrado a Zeus. Ainda no período grego, Esculápio construiu um hospital único que além de salas cirúrgicas e ambulatórios era composto por um anfiteatro e um ginásio de esportes, abordando o tratamento e a saúde de forma biopsíquica. (DE ROSE, 1997)

Assim, com o surgimento das Olimpíadas e dos esportes competitivos, a Medicina do Esporte foi avançando, sendo inicialmente criada para acompanhar apenas atletas de alto nível, servindo para tratar e evitar lesões decorrentes de sua prática. Existem referências na Ilíada de Homero quanto às primeiras lesões esportivas descritas após lutas de boxes. Hipócrates sugeriu pela primeira vez que

os atletas deveriam ser cuidados por médicos e não por líderes religiosos, aproximando cada vez mais a Medicina do exercício físico. (DE ROSE, 1997)

Apesar das duas áreas estarem sendo retratadas juntas há muitos anos, foi em 1900 que surgiu oficialmente a Medicina do Esporte com a publicação do livro *Higiene e esporte*, tendo como seu marco o primeiro congresso celebrado em 1915 na França. Nesse mesmo ano, Arthur Malwitz foi apontado como primeiro médico do esporte sendo o primeiro especialista na nova área científica. Após a Primeira Guerra Mundial, foi fundada a Federação Internacional do Esporte, como uma organização composta por associações nacionais de Medicina dos cinco continentes. (DE ROSE, 1997)

Diversos congressos e diferentes publicações ocorreram durante anos, explorando cada vez mais a especialidade, porém é importante ressaltar o primeiro congresso do grupo latino, em 1957, que marcou o início da expansão da área para além da Europa entre os anos de 1955 e 1985. Em 2003 foi celebrada a comemoração dos 75 anos da Federação Internacional da Medicina do Esporte em todos os cinco continentes. (HERNANDEZ, 2012; POPKIN et al., 2012)

No Brasil a expansão da Medicina do Esporte se iniciou a partir de 1942 quando foi criada a Sociedade Paulista de Medicina do Esporte. Em 1962, houve a criação da Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte, filiada a Associação Médica Brasileira. Esta organização conta com mais de 700 médicos especialistas que trabalham para fomentar a especialidade no país e como produto deste trabalho, em 2005, foi criada a Residência Médica de Medicina do Esporte. (HERNANDEZ, 2012; POPKIN et al., 2013)

Outra mudança importante que ocorreu tanto no campo internacional quanto no nacional é a mudança do foco da especialidade, deixando de ser voltada apenas para lesões e auxílios para esporte, passando também a compreender a importância do exercício físico regular no combate a diferentes comorbidades, considerando o sedentarismo como uma condição indesejada e representando risco para a saúde. A diretriz de atividade física e saúde também aborda a importância do exercício como prescrição médica atribuindo regularidade, intensidade, frequência e duração, alertando para riscos à saúde em caso de práticas irregulares e desacompanhadas. (SILVA; TEIXEIRA; GOLDBERG, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO EXERCÍCIO E DO ESPORTE, c2020)

AS ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO DO ESPORTE E SUA ATUAÇÃO

Para falar sobre a área de atuação de um médico do exercício e do esporte, é necessário entender primeiro as funções desempenhadas por tal especialidade. Como o

próprio nome evidencia, existem duas grandes vertentes na especialidade médica, são elas: Medicina do Esporte e Medicina do exercício. A primeira surgiu devido a demandas específicas nas Olimpíadas para tratamento de atletas lesionados e que, com o passar do tempo, passou a abranger também: a prevenção de lesões; a reabilitação; o pensar no desempenho técnico e rendimento; a proposição de dietas e exercícios físicos específicos para as necessidades do paciente; orientações sobre outros hábitos de vida como o sono e o *doping*, além de cuidar da saúde do atleta de forma integral, sendo muito procurada por atletas de alta performance, grandes ginásios e clubes esportivos.

Já a outra grande área de atuação surgiu do crescimento da procura por hábitos de vida saudáveis. O médico do exercício trabalha diretamente com a saúde da população em geral, que sente a necessidade da prática de exercícios físicos, mas não necessariamente da prática de esportes, principalmente aquelas com fatores de risco como idosos, obesos e portadores de doenças cardíacas, pulmonares e osteo-mio-articulares. A função desses profissionais é examinar o perfil, as capacidades e limitações de forma a guiar para uma prática saudável e com menores riscos de complicações, propiciando um suporte médico adequado.

A fim de desempenhar bem suas funções, é necessário que o profissional médico do esporte tenha conhecimento de diversas áreas da Medicina, tais quais Endocrinologia, Ortopedia, Cardiologia, Pneumologia, Nutrologia entre outras que auxiliam na compreensão do paciente como um todo. Dessa forma, a formação abarca todo esse conhecimento através do estágio em clínica médica e estudo aprofundado de Fisiologia do exercício, suplementação nutricional e análise de exames complementares específicos.

Para além da especialidade, a Medicina do exercício e do esporte possui vários segmentos que permitem a atuação em diversas áreas. Pode-se citar alguns como Cardiologia do esporte, controle *antidoping* e uma das mais procuradas, a traumatologia desportiva, que foca no tratamento de lesões decorrentes da prática desportiva.

A MEDICINA DO ESPORTE NA LUTA CONTRA A COVID-19 E O RETORNO DAS ATIVIDADES

O advento da pandemia no Brasil induziu os praticantes desportivos a uma escolha: readaptação ou interrupção da atividade física. As medidas de prevenção – distanciamento social, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), rotinas de profilaxia constante – embora necessárias, limitou sensivelmente as possibilidades de prática e apresentou uma nova realidade.

A Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte (SBMEE), ciente da responsabilidade médica e em prol de contribuir para o controle da pandemia, divulga periodicamente informes e notas contendo as informações e posicionamentos que julga relevantes dentro da área de atuação da especialidade. Através destes informes é possível adquirir conhecimento sobre as recomendações da prática esportiva em diferentes contextos da pandemia. Um dos principais pontos descritos que merece ratificação, é que ser fisicamente ativo ou atleta não confere imunidade contra o coronavírus. Em comunicado, a SBMEE afirma que, apesar do bom condicionamento físico e a prática constante de exercícios esteja associado com uma melhor ativação do sistema imunológico, otimizando as defesas do organismo diante de agentes infecciosos, isso não assegura que o indivíduo tenha imunidade ao vírus. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO EXERCÍCIO E DO ESPORTE, c2020)

No cenário de pandemia, novas questões precisaram ser inseridas na rotina esportiva. Uma das mais marcantes foi o uso de equipamentos de proteção individual. A máscara é um equipamento simples e de baixo custo que oferece alto nível de proteção. A troca de gotículas, principal forma de contágio, é também promovida quando a pessoa realiza esforço físico. Nesse contexto, é imprescindível o uso desse dispositivo, principalmente durante o exercício. Entretanto, de fato, ocorre uma limitação ventilatória com o uso de máscara, condição que levou a Medicina Esportiva a reavaliar os tipos e a intensidade de atividade física a ser realizado com o uso desse EPI. Ao passo que se exerce, o indivíduo naturalmente aumenta a frequência respiratória que provoca o umedecimento da máscara, portanto, aumenta a resistência à entrada de ar.

Outra questão importante acerca da prática esportiva em período de pandemia é o reconhecimento de como e quando voltar a rotina de atividade física após manifestar os sintomas de infecção por SARS-CoV-2. Pessoas que apresentam sintomas compatíveis com quadro infeccioso de vias aéreas devem se manter isoladas. Sobre o exercício em casa, na condição de saúde citada, é recomendado a suspensão de todas as atividades e repouso até que haja a completa recuperação da infecção respiratória. Se o paciente apresentou apenas sintomas leves, não havendo necessidade de internação, a retomada dos exercícios pode ocorrer gradativamente, indica o médico Claudio Gil Soares de Araújo, fundador da Clinimex, clínica especializada em Medicina do exercício e do esporte. Aos pacientes que tiveram sintomatologia grave com perda de peso, massa muscular e comprometimento respiratório é indicado os exercícios respiratórios antes do retorno às práticas esportivas.

O novo normal permite que as atividades físicas sejam realizadas com segurança, desde que as medidas de proteção sejam respeitadas. É verdade que

instalações como academias, clubes esportivos e similares aumentam o risco de contaminação por coronavírus, e por isso devem ser evitados por recomendação da OMS. A elevada quantidade de frequentadores simultâneos e a manipulação de equipamentos por diferentes pessoas possibilita o contágio. No entanto, a atividade física individual em ambientes abertos, em contrapartida, é recomendada desde que se evitem aglomerações e que se mantenham os demais cuidados preconizados de prevenção.

Em suma, a Medicina do Esporte tem considerável importância na busca das novas formas de executar atividade física frente aos impasses provocados pela pandemia. As pesquisas e descobertas realizadas proporcionaram o retorno de treinos esportivos, em segurança. Mantém-se o distanciamento social, as medidas profiláticas e a rotina dos atletas brasileiros.

A pandemia de covid-19 trouxe muitos desafios e muitas perdas, mas é possível identificar evolução e ainda vislumbrar um amanhã melhor. O evento desportivo multimodal de âmbito mundial sediado no Japão, em 2021, é prova disso. A prática esportiva é importante, necessária e segura, desde que se siga as diretrizes recomendadas pelos órgãos e instituições de saúde que usam de evidências científicas para fundamentar suas medidas.

HISTÓRIA DO ESPORTE UNIVERSITÁRIO NO BRASIL

O esporte universitário foi definido por Hatzidakis (1993) como um fenômeno social que supre as necessidades de intercâmbio e integração física, cultural e social da comunidade de uma instituição de ensino superior. A prática esportiva tem como principais funções sociais a promoção do bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos universitários, além de ser essencial para fortalecimento dos vínculos e das relações interpessoais, bem como para inserção dos alunos no ambiente universitário.

Ao longo da história do desporto no âmbito acadêmico, observa-se um processo contínuo de transformações e reestruturações. As suas primeiras manifestações no Brasil surgiram nos primórdios do século XX, devido à organização autônoma dos estudantes do College Mackenzie em São Paulo e das Escolas de Medicina e Politécnica do Rio de Janeiro. (MALAGUTTI; ROJO; STAREPRAVO, 2020) Os estudantes que compunham os centros acadêmicos, grêmios estudantis e associações atléticas foram os principais agentes do desenvolvimento do esporte nesse meio, sendo responsáveis por coordenar, promover e financiar a prática desportiva. (PESSOA; DIAS, 2019, 2020)

Por volta da década de 1930, os esportes surgiram como pauta de discussões e assembleias estudantis que visavam a sua estruturação. Dessa forma, foram

criadas as primeiras federações de esporte universitário no Brasil, as quais passaram a gerir e incentivar o esporte com a organização de competições regulares de diversas modalidades almejando integrar a comunidade acadêmica. Essas iniciativas receberam muitos incentivos por parte da imprensa, que entendia o desporto como práticas essenciais para educação. Tendo em mente que, naquela época, os estudantes universitários, em sua imensa maioria, eram filhos das elites econômicas e políticas, não é difícil constatar que o interesse midiático também se justificava pelas ótimas oportunidades comerciais propiciadas por aquelas atividades. Com a popularização, os eventos passaram a ser frequentados e apoiados pelas autoridades políticas, o que foi benéfico para as federações, que careciam de subsídios financeiros. (CAMARGO; MEZZADRI, 2018; PESSOA; DIAS, 2019)

À medida que as mobilizações estudantis cresceram, o engajamento nos esportes universitários também aumentou, ao ponto de ter se espalhado por todo o país. Nesse período da história, houve inúmeros avanços para a consolidação da organização estudantil, como a criação da União Nacional dos Estudantes (UNE) em 1937. (PESSOA; DIAS, 2019) Esse processo coincidiu com a intensificação dos esforços de intervenção governamental em diversos contextos, inclusive no associativismo estudantil. Nesse mesmo ano, o então presidente, Getúlio Vargas, instituiu um regime ditatorial, o Estado Novo, através de um golpe de estado. Os estudantes universitários se opuseram ativamente ao regime e logo passaram a ser alvos de ações para cooptação política e enfraquecimento por meio de repressão e desarticulação. O governo utilizou, como uma de suas estratégias de coerção, o esporte para disciplinar comportamentos, propagar princípios políticos-ideológicos e desfazer divergências, bem como, desenvolvimento de sentimentos nacionalistas e patrióticos. (CAMARGO; MEZZADRI, 2018; PESSOA; DIAS, 2020)

Uma vez que parte importante dos fundamentos ideológicos que justificavam as ações governamentais do Estado Novo conjugava preocupações com a juventude e com a difusão moral de um civismo nacionalista a ser edificado ao redor de um só ideal, além de questões ligadas à eugenia, ao fortalecimento da raça e à preparação militar de futuros soldados, a intervenção nos esportes acabou por se tornar um elemento fundamental dessas concepções, que já se anunciavam desde antes. (PESSOA; DIAS, 2019, p. 6)

O processo de oficialização do esporte universitário se consolidou por meio do Decreto-Lei nº 3.617, de 16 de setembro de 1941, o qual estabeleceu as bases de organização dos desportos universitários no Brasil. Instituiu-se a Confederação Brasileira de Desportos Universitários (CBDU), uma demanda dos próprios estudantes, substituindo a Confederação Universitária Brasileira de Esportes (CUBE)

que era organizada por acadêmicos. Tal entidade, que estava sob a tutela do Conselho Nacional de Desportos (CND), deteria o poder de organizar e fiscalizar o esporte universitário. O decreto também determinou a criação dos Jogos Universitários Brasileiros (JUB), competições nacionais bianuais. (BRASIL, 1941; CAMARGO; MEZZADRI, 2018; MALAGUTTI; ROJO; STAREPRAVO, 2020)

Durante o fim da década de 1930 e o início da década de 1940, o esporte universitário foi reconhecido, estruturado e regulamentado pelo Estado. As políticas públicas adotadas nessa época vigoraram por mais de 30 anos, até meados de 1975 quando novas leis foram criadas, já durante a Ditadura Militar. Nesse período, “a educação no Brasil, em especial a Educação Física, passa a ter uma premissa de disciplinarização e alto rendimento, oriundos de uma política de desenvolvimento e de eficiência produtiva”. (CAMARGO; MEZZADRI, 2018) O esporte se tornou, portanto, um dos pilares dos governos militares e foi utilizado como ferramenta de controle de massas.

No ambiente universitário, a promoção do desporto ficou a cargo das associações atléticas acadêmicas. O autor Melo (1997) conclui que o fato de as associações da época manterem uma postura apolítica durante o contexto da ditadura, ao contrário dos centros acadêmicos, contribuiu para não serem alvos da repressão estatal, o que ficou evidente quando o governo ordenou o fechamento dos centros acadêmicos mas não o das associações atléticas. Nesse sentido, o esporte foi usado como meio de alienação para desviar o foco dos estudantes da política do país. Não obstante, foi norteadado por uma perspectiva de alto rendimento e formação de atletas. (CAMARGO; MEZZADRI, 2018; MALAGUTTI; ROJO; STAREPRAVO, 2020)

Hoje em dia, em um contexto democrático, as associações atléticas se disseminaram ainda mais. De 2003 a 2014, observou-se um aumento expressivo da quantidade de universitários no Brasil, bem como uma mudança gradual dos perfis de gênero, raciais e socioeconômicos. Tais avanços são consequências da implementação de políticas públicas voltadas à ampliação do acesso ao ensino superior, a exemplo do sistema de cotas raciais e reservas de vagas para estudantes de escola pública. A criação de novas universidades federais e o surgimento de novas instituições privadas de ensino superior também contribuíram para a ampliação do acesso a esses espaços. Consoante à democratização da universidade, iniciativas que promoviam sociabilidade e lazer nesse meio se desenvolveram, sendo as associações atléticas acadêmicas os principais agentes desse processo. (LIMA; DALPERIO, 2019)

É certo que as pessoas possuem o desejo de interagir com indivíduos com os quais compartilham semelhanças e se identificam. Diante disso, as associações atléticas se mostram essenciais, uma vez que promovem práticas de sociabilidade e lazer que permitem a formação e fortalecimento de vínculos entre os acadêmi-

cos além de fomentar o sentimento de pertencimento. As ações dessas associações abrangem desde a organização de competições esportivas de diversas modalidades às festas que reúnem a comunidade de um curso ou uma instituição de ensino superior. Correlacionados a elas, mais recentemente, observou-se o surgimento de baterias universitárias e grupos de *cheerleading* na composição da cultura do lazer universitário. (LIMA; DALPERIO, 2019)

Em sua imensa maioria, as atléticas são organizadas e geridas de forma autônoma pelos próprios estudantes. Portanto, para custear as suas atividades, elas realizam festas, buscam patrocínio de empresas privadas e comercializam produtos com a sua identidade visual, que são adquiridos pelos acadêmicos daquela comunidade. Usar esses objetos, providos de simbolismo, cria uma identidade e fortalece a sensação de pertencer àquele grupo. (LIMA; DALPERIO, 2019)

AS CONTROVÉRSIAS DA ATUAÇÃO DAS ATLÉTICAS ACADÊMICAS

Pode-se observar que com o aumento no número de estudantes universitários no país cresceu também a presença e o movimento das atléticas, aliada a isso a cultura atleticana difundiu-se por todas as faculdades, sejam elas públicas ou privadas.

A ideia de que há um desejo entre os jovens de se inserir em situações de convívio social com outros sujeitos com quais têm características em comum, de modo a criar uma identidade semelhante, é sustentada entre autores de diversos campos disciplinares e vertentes teóricas. (BELK, 1988; HARE, 2017; SEEMILLER; GRACE, 2016) Como resultado disso, o sentimento individual de pertencer a algo maior aflora a rivalidade entre as universidades, entre os cursos e chegam até entre as turmas. Desse modo, surgiu uma competitividade tóxica que trouxe alguns desafios a serem enfrentados, já que o desejo e o amor descontrolado pelas cores atleticanas podem levar os indivíduos a cometerem atos que transgridem a boa relação social. No ambiente esportivo e festivo dos eventos em que as torcidas e os atletas socializam em conjunto, ocorrem provocações que beiram o limite entre o aceitável e o ofensivo, como músicas e gritos de guerra que ofendem a atlética adversária, cenas de hostilidade dentro e fora de quadra e outras atitudes nocivas.

Além disso, notou-se o aumento dos chamados trotes universitários, que culturalmente marcam o início da vida acadêmica dos chamados calouros ou, popularmente, bichos. O trote é uma tradição que gera opiniões controversas, visto que há quem apoie e ache legal, como uma maneira de interação entre veteranos e calouros, e há quem seja contra devido aos abusos que já aconteceram e foram divulgados.

Diante disso, é importante entender que essa tradição difere entre as faculdades, mas que carregam algumas características em comum, como as brincadeiras simples em pintar o corpo e as roupas, raspar cabelo, usar adereços ou fantasias. Como também, há os pedágios, em que os grupos saem pela cidade, geralmente nas proximidades do *campus*, e pedem dinheiro nos semáforos e aos pedestres que por ali circulam. Esse montante arrecadado é utilizado para uma festa de integração, posteriormente. Além dessas atividades mais lúdicas e recreativas, existem também outras que tendem a ser mais vexatórias, cansativas e desafiadoras. Alguns exemplos são participar de momentos que encenam ou realizam alusão a cenas de sexo, cantar músicas constrangedoras ou que passam uma mensagem de submissão aos veteranos, passar borra de café, peixe e até esterco pelo corpo ou a brincadeira mais conhecida, o elefantinho, que se baseia em passar as mãos por baixo das pernas um dos outros, formando uma corrente humana e percorrer um trajeto definido previamente sem desfazer a união entre os calouros. Ainda assim, práticas que ultrapassam o limite do razoável, atentam contra a dignidade e a integridade física dos calouros e tornam-se assunto nos veículos de notícias.

Há algum tempo as festas *open bar* universitárias levantam questões importantes que merecem atenção. Muito dessa preocupação é causada pela grande proporção que esses eventos tomaram e, com isso, o aumento de casos de emergência médica, chegando até a morte de estudantes em situações mais contundentes, resultado do abuso de bebidas alcoólicas e drogas durante as festas. O hiperconsumo nessas ocasiões é quase total entre os jovens. Esse efeito é resultado do acesso irrestrito às bebidas alcoólicas, dando oportunidade aos ali presentes a possibilidade de consumi-las em excesso, sem qualquer limite e baseando-se num comportamento de lazer hedonista. (KRIEGER et al., 2018; LIMA, 2018; ROMERA, 2014) O resultado dessa conjuntura contribui para uma visão atrofiada e enviesada do movimento atleticano, em que se limita a jovens universitários descontrolados, desrespeitosos e inconsequentes que abusam de drogas, álcool e diversão a qualquer custo.

Esse lado negativo, no que tange tanto à competição esportiva tóxica quanto aos trotes e às festas, reforça o estigma sobre as atléticas acadêmicas esportivas, sendo essas muitas das vezes sinônimos de grupos não receptivos, desumanos, negligentes e irresponsáveis no âmbito acadêmico e social.

Diante disso, notou-se a necessidade de mudar esse preconceito que afastava novos integrantes e dificultava o convívio harmônico na faculdade e com outras organizações sociais. Assim, com o passar dos anos a postura de diversas agremiações foi mudando e se adequando até atingir os padrões aceitáveis social e moralmente. Hoje, pode-se observar a adoção do trote solidário em várias faculdades, que se baseia na doação de sangue ou em angariar alimentos para doação

às instituições carentes. Entretanto, ainda há um caminho árduo a ser percorrido de modo a concretizar e atingir todas as atléticas com uma mudança positiva e significativa na cultura atleticana.

A CULTURA DO ESPORTE UNIVERSITÁRIO NA BAHIA E O PAPEL DA ASSOCIAÇÃO ATLÉTICA ACADÊMICA ANTÔNIO CARLOS VIEIRA LOPES

As universidades abrigam milhares de alunos, a maioria deles no auge da sua juventude e forma física, atletas em potencial esperando apenas o incentivo certo para tornar sua vida mais ativa e se arriscar em um esporte. Sendo assim, o esporte universitário é fortemente encorajado em muitos países, que o utilizam para identificar jovens talentos. O Brasil, uma potência no esporte mundial, ainda encontra barreiras no que tange à regulação e aproveitamento de atletas universitários.

Embora as associações atléticas acadêmicas e olimpíadas universitárias já existam no Brasil desde as primeiras décadas do século XX, a cultura do esporte universitário, até pouco tempo, se concentrava principalmente no Sul, Sudeste e Centro-Oeste. O vácuo esportivo no ambiente universitário baiano começou a ser preenchido com a criação das primeiras atléticas locais, estando entre as pioneiras a Associação Atlética Acadêmica Antônio Carlos Vieira Lopes (AAAACVL), representando o curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), fundada em 14 de novembro de 2012.

De imediato, a construção da atlética esbarrou em um grande desafio: as bases de organização dos desportos universitários ainda são reguladas pelo Decreto-Lei nº 3.617/1941, assinado pelo então presidente Getúlio Vargas. Outras leis posteriores que vieram a citar o tema se restringiram a estruturar o desporto estudantil em novas políticas públicas, sem, contudo, redefinir a caracterização das atléticas acadêmicas e suas regras de funcionamento.

Apesar do grande avanço na regulamentação do esporte universitário, as regras estabelecidas pelo decreto-lei para o funcionamento das atléticas acadêmicas ao longo do tempo foram se tornando antiquadas, passando a não mais corresponder à realidade dessas instituições. Da forma como foram imaginadas, as atléticas deveriam ser órgãos anexos aos diretórios acadêmicos e seus presidentes devem obrigatoriamente fazer parte destes. Além disso, seria dever das universidades oferecer auxílio financeiro anual para a manutenção das atléticas acadêmicas, incluindo nessa regra as pertencentes à estabelecimentos federais que deveriam, da mesma forma, receber subvenções federais.

A atuação em conjunto de diretórios e atléticas se mostrou impraticável, pois os diretórios acadêmicos se veem sobrecarregados com importantes pautas estudan-

tis, estruturais e políticas das universidades, fazendo com que o esporte se visse suprimido diante da grande demanda de debates. Através do entendimento da regulamentação da prática de esporte no ambiente universitário como uma pauta que por si só mereça atenção e zelo em sua execução para que ela não se descaracterize de sua função central de promoção de saúde física e mental dos estudantes, deu-se início ao processo de separação extraoficial das funções dos diretórios acadêmicos e das atléticas acadêmicas. A inviabilidade de construção de uma gestão conjunta e as diferentes demandas dos dois órgãos tornou seu distanciamento ainda mais evidente e o processo legal de institucionalização e reconhecimento oficial da AAAACVL, embora bem aceito entre alunos e docentes, frente à UFBA foi recebido com resistência, mostrando-se impraticável no momento.

Sem a devida regulamentação, a instituição de ensino perde o seu papel de administração de recursos e fiscalização das atividades atleticanas, abrindo brechas para possíveis desvios de função, além de dificultar a construção e manutenção de estruturas físicas para práticas esportivas e anular a necessidade de prestar auxílio financeiro à atlética. Assim, ainda que focados no objetivo de incentivar o esporte e a integração dos estudantes, as primeiras gestões tiveram que lidar com um início muito amador e controverso.

A criação da AAAACVL usou como base teórica o movimento atleticano já bem estabelecido e organizado do Sudeste e Centro-Oeste, buscando inovações e modificações radicais na forma de condução de suas atividades. Até sua criação, a hostilidade entre veteranos e calouros era muito forte na UFBA, materializada por trotes humilhantes e pouco convívio social entre estudantes de semestres distantes. A atlética foi uma forma de unir os alunos com um novo propósito social e esportivo, colocando a atividade física como elemento central e incentivando, também, a interação social, entretenimento saudável e união, permitindo que veteranos e calouros pudessem conviver de forma orgânica, criando um senso de identidade coletiva baseada em representatividade e parceria.

A desconstrução do estereótipo de atlética acadêmica criada pelo movimento “sudestino” foi sendo feita aos poucos, junto ao diretório acadêmico e aos estudantes, à medida que a associação passou a demonstrar seu papel social e político na esfera da universidade, somando sua voz à do diretório acadêmico e interagindo de forma mais direta e aberta com os estudantes e no desenvolvimento de trabalhos sociais para além dos muros da universidade. A desconstrução dos preconceitos com a AAAACVL, ainda em andamento, envolveu desde o começo a construção de uma cultura atleticana baseada em valores de união, representatividade, integração e pertencimento e que se dispõe, em estatuto, a se empenhar no combate a qualquer espécie de preconceito. Esses valores foram reforçados pe-

los alunos da UFBA pela experiência empírica de participação em eventos sociais e esportivos nos quais esses estereótipos não se confirmavam.

Para além dos valores, para que o espírito de grupo fosse, de fato, criado e representado em eventos esportivos, foi necessária a criação de uma identidade. Assim, surgiram as cores laranja e verde, a mascote na figura do Carcará e o espírito atleticano que deveria se inserir e agregar à universidade. Os elementos escolhidos para representar a atlética surgem como forma de desenvolver orgulho de ser pertencente à Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) e remetem sua história: o enaltecimento da história de criação da faculdade e dos seus membros mais ilustres, que podem ser identificados no hino, nas canções e nas nomeações de grupos esportivos. O orgulho de ser Carcará, aos poucos foi se misturando ao orgulho de frequentar as instalações históricas e terrenos sagrados da Bahia, a tal ponto que hoje são quase indissociáveis.

[...] A liberação de um orgulho que todo mundo sentia, mas às vezes não tinha como se expressar. Academicamente esse orgulho se expressa de uma forma mais sutil: todo mundo tem orgulho de dizer que se formou na federal, que passou pela federal, 'sou estudante da Fameb', etc. Mas isso não extravasa da mesma forma, até porque dentro do ambiente acadêmico você tem esse orgulho, mas você tem um nível de respeito acadêmico para extravasar isso muito mais moderado. [...] Na atlética você se permite extravasar isso de uma maneira um pouco mais eloquente, você solta mais, literalmente, o grito de ser da Fameb, 'eu sou da federal', 'eu sou da primeira faculdade de medicina do país'.

A ORIGEM DOS JOGOS UNIVERSITÁRIOS BAIANOS

O sonho de vencer a inércia e se sobrepor ao vácuo esportivo havia sido, enfim, concretizado e a associação atlética acadêmica de Medicina da UFBA foi criada. As primeiras competições, entretanto, tiveram que se limitar a eventos internos com poucas modalidades e times pequenos, pois ainda não havia adversários na região.

Para atingir o propósito de desenvolver, de fato, a cultura do esporte universitário na Bahia, era necessário expandir a ideia da criação de atléticas a fins de construir eventos competitivos. Oddone Braghiroli, um dos membros fundadores da AAAACVL, explica o sentimento: “*O mundo normalmente se comove com o objetivo externo, não interno. A Atlética gera uma união interna, visando uma competição externa*”.

Os modelos de competições entre atléticas acadêmicas identificado em outras regiões era baseado na produção integral do evento por uma associação, que era revezada em esquema de rodízio a cada ano. Embora fossem criados grandes

campeonatos, esse formato gerava grandes desentendimentos e a rivalidade das atléticas era muito exacerbada, tóxica e preconceituosa. A partir do molde de como era feito em outros estados e a essência dos jogos universitários proposto por Vargas, foi criado um evento em formato de olimpíada, diferente de tudo que já havia sido feito: o Intermed Bahia.

Unidos pelo objetivo comum de realização de um evento esportivo pautado em valores de camaradagem e convivência harmônica entre as atléticas de Medicina da Bahia, representantes dos cursos soteropolitanos da UFBA, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Universidade Salvador (Unifacs), Universidade do Estado da Bahia (UNEB), União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime) e, logo depois, da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), decidiram formar uma comissão para a construção em conjunto do Intermed Bahia, criando, assim, em 2015, a Associação Baiana das Atléticas de Medicina (ABAM).

A ABAM, desenvolvida como uma organização sem fins lucrativos, supria o papel de integrar as atléticas de Medicina, mas a construção de um evento de grande porte envolve grande carga financeira, civil, estrutural e jurídica, que os estudantes não tinham aporte técnico para lidar. Surgiu, na forma de Bruno “Juby” Santos, conhecido do grupo pela competência na realização de eventos e, posteriormente, criador da empresa UNI Entretenimento, a figura encarregada de tratar das transações oficiais do torneio.

Com a associação formada e um grupo comprometido, o primeiro Intermed Bahia conseguiu sair do papel no mesmo ano, em tempo recorde. Cheio de erros, amador e inexperiente. Imperfeito. Ao mesmo tempo, impecável no que se propôs: criação do verdadeiro espírito atleticano na Bahia baseado em união e garra, onde faíscas poderiam tilintar nas quadras desportivas e a amizade brilhar nas arquibancadas.

Nós hoje temos parceria com empresas que fazem parcerias nacionais, então eles têm contato com vários movimentos atleticanos [...] e eles sempre me falam ‘o que vocês fizeram é diferenciado, porque aqui é um clima mais gostoso, não tem aquela competitividade de usar palavras chulas e preconceitos’, [...] isso é uma coisa que a gente sempre preocupou muito em controlar para que a gente não descaracterizasse do objetivo maior da propagação do esporte e do bem-estar.

As associações atléticas da Bahia começaram a se multiplicar e integrar os mais diversos cursos das instituições de ensino superior, permitindo a expansão do Intermed para os cursos do interior do estado e a criação de outros eventos desportivos universitários, como os Jogos Universitários de Saúde (JUS), Jogos Universitários de Direito (JUD), Engenharíadas, Liga UNI, Copa FACS, entre tantos outros. Dessa forma, o espírito esportivo e senso de unidade de cada um

desses cursos pôde renovar-se a cada ano, desenvolvendo times cada vez mais profissionais, apresentando o esporte para alunos que até então não o praticavam e zelando a saúde física e mental dos universitários, ao mesmo tempo que exigia a integração entre seus membros com os de outras associações.

O momento atual é um grande marco para o esporte universitário baiano: o último Intermed Bahia, realizado em 2019, foi o primeiro sem nenhum membro fundador da ABAM. Em entrevista, Bruno Juby destacou a importância da criação de sucessores que compreendam o processo de criação do evento e defendam seus valores iniciais para que não sejam cometidos os mesmos erros de outros estados que foram tão duramente criticados e lentamente desconstruídos do imaginário estudantil.

A pandemia trouxe um impacto adicional nessa relação: apesar das iniciativas para manter a comunidade acadêmica ativa e saudável mental e fisicamente durante a quarentena, houve grandes perdas nas relações interpessoais entre associações atléticas. Sem treinos ou eventos, o espírito integrativo do esporte baiano criado de forma tão intensa pode ser enfraquecido mais facilmente. A competitividade, quando não anda de mãos dadas com a amizade e a empatia, pode se tornar muito perigosa.

Mesmo diante de um cenário incerto quanto ao futuro da condução do movimento, a manutenção de órgãos coordenadores neutros na competição, nas figuras da ABAM e da UNI, tem papel fundamental na continuidade dos valores nos quais os jogos universitários baianos foram fundados. A prática do esporte, por si só, oferece aos alunos de Medicina um ganho imensurável na condução das suas relações interpessoais e desenvolvimento pessoal. As associações atléticas acadêmicas, acima de tudo, permitem válvulas de escape saudáveis frente à pressão do ambiente acadêmico, ao atrelar a atividade física e socialização às experiências prazerosas e desenvolver habilidades comportamentais essenciais para a prática médica de excelência.

IMPACTO DA COVID-19 NA ROTINA DA AAAACVL E DOS ESTUDANTES DA UFBA

A pandemia da covid-19 afetou consideravelmente as universidades e seus alunos. Foram vários os momentos de incerteza, apreensão e medo que pairavam sobre a mente dos discentes, dos docentes e do corpo administrativo que compõem as instituições acadêmicas. Muitos cursos pararam totalmente e outros seguiram remotamente ou semipresencial, assim diversos alunos necessitavam voltar a suas cidades natais, enquanto outros continuavam com as atividades, mas com restrições. Sendo assim, não foi diferente o impacto na rotina da AAAACVL.

Inicialmente, a notícia da paralisação das atividades presenciais foi recebida sem surpresas, visto que diariamente eram veiculadas em todos os jornais, programas de televisão e redes sociais informações acerca da covid-19 que assolavam o mundo. No início foram paralisados todos os treinos, projetos de extensão, ações sociais, reuniões semanais presenciais e tudo que necessitava de alguma aproximação física. Dessa forma, todas as atléticas e, principalmente a AAAACVL, mudaram sua abordagem à comunidade estudantil a fim de manter um convívio mesmo que à distância. Assim, as redes sociais entraram como uma válvula de escape, sendo uma ferramenta primordial para manter os laços entre os membros e, de alguma forma, incentivar a prática de atividades físicas em casa e o cuidado à saúde mental em um momento tão crítico.

Nesse período foram fomentados diversos campeonatos virtuais entre alunos da Faculdade de Medicina e entre os demais cursos e universidades, como também campanhas para arrecadar fundos de modo a ajudar os trabalhadores informais que sobreviviam da dinâmica universitária no entorno dos *campi*, além dos treinadores das equipes esportivas. Embora significativa, a ajuda ainda não era suficiente e foi necessário algumas vezes arrecadar entre os discentes e os docentes na tentativa de ajudar ao máximo aos que necessitavam. Ademais, seguindo os protocolos de segurança, a AAAACVL realizou diversas campanhas durante a pandemia, como incentivo à doação de sangue, máscaras, livros, brinquedos, cestas básicas e refeições. Essa última contou com a participação de diversas atléticas, formando uma corrente do bem que se espalhou pela cidade de Salvador (BA).

REFERÊNCIAS

BELK, R. W. Possessions and the extended self. *Journal of Consumer Research*, Oxford, v. 15, n. 2, p. 139-168, 1988.

BRASIL. Decreto-lei nº 3.617, de 15 de setembro de 1941. Estabelece as bases de organização dos desportos universitários. *Coleção de Leis do Brasil*, Rio de Janeiro, 31 dez. 1941. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/126690/decreto-lei-3617-41>. Acesso em: 22 jul. 2021.

CAMARGO, P. R. de; MEZZADRI, F. M. A organização e configuração do esporte universitário no Brasil (1940-1980). *Motrivência*, Florianópolis, v. 30, n. 53, p. 52-68, maio 2018. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8042.2018v30n53p52>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivencia/article/view/2175-8042.2018v30n53p52>. Acesso em: 21 jul. 2021.

DE ROSE, E. H. Medicina do Esporte: passado, presente e futuro, buscando melhorar a qualidade de vida através da atividade física. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*,

São Paulo, v. 3, n. 3, p. 73-74, jul./set. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/8CRhvFPSdhFqxYdKb53FvHw/?lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2021.

DUARTE, O. *História dos esportes*. 6. ed. São Paulo: Senac São Paulo, 2019.

HARE, B. Survival of the Friendliest: Homo Sapiens Evolved Via Selection for Prosociality. *Annual Review of Psychology*, Palo Alto, v. 68, p. 155-186, 2017.

HATZIDAKIS, G. *Perfil da atividade esportiva principal de atletas universitários participantes de competições esportivas universitárias oficiais*. 1993. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ciências do Esporte) – Universidade de Formação, Educação e Cultura, São Caetano do Sul, 1993.

HERNANDEZ, A. J. Perspectivas profissionais da Medicina do Esporte. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 9-13, jan./mar. 2012.

KRIEGER, H. *et al.* The Epidemiology of Binge Drinking Among College-Age Individual in the United States. *Alcohol Research Current Reviews*, Bethesda, v. 39, n. 1, p. 23-30, 2018.

LIMA, M. G.; DALPERIO, H. C. Associações atléticas acadêmicas e a cultura do lazer universitário. *EIGEDIN*, Naviraí, MS, v. 3, n. 1, p. 1-18, out. 2019. Disponível em: <https://desafioonline.ufms.br/index.php/EIGEDIN/article/view/8795>. Acesso em: 19 jun. 2021.

LIMA, M. G. *Espaços de lazer e territórios juvenis em Três Lagoas/MS*. 2018. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Três Lagoas, MS, 2018.

MALAGUTTI, J. P. M.; ROJO, J. R.; STAREPRAVO, F. A. O esporte universitário brasileiro: organizações oficiais e as associações atléticas acadêmicas. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, SP, v. 9, n. 8, p. 1-18, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i8.5325. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5325>. Acesso em: 18 jun. 2021.

MELLEROWICZ, H.; MELLER, W. *Bases fisiológicas do treinamento físico*. São Paulo: EdUSP, 1979.

MELO, V. A. de. O movimento estudantil na educação física brasileira: construção, atuação e contribuições da escola nacional de educação física e desporto. *Movimento*, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 9-19, 1997. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.2363>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/2363>. Acesso em: 23 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário*: num piscar de olhos: num piscar de olhos. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf?sequence=102&isAllowed=y>. Acesso em: 22 jul. 2021.

PELLEGRINOTTI, I. L. Atividade física e esporte: a importância no contexto saúde do ser humano. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 22-28, 1998.

PESSOA, V. L. de F.; DIAS, C. História do esporte universitário no Brasil (1933-1941). *Movimento*, Porto Alegre, p. 1-13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.82512>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/82512>. Acesso em: 18 jun. 2021.

PESSOA, V. L. de F.; DIAS, C. Política, associativismo e esporte universitário na década de 1930. *Movimento*, Porto Alegre, v. 26, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.100596>. Acesso em: 22 jul. 2021.

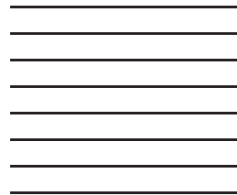
POPKIN, C. A. *et al.* Remembering our Roots: Eponyms in Sports Medicine. *The American Journal of Sports Medicine*, Baltimore, v. 41, n. 7, p. 1703-1711, 2013.

ROMERA, L. A. Lazer e festas: estudo sobre os modos de divulgação de bebidas nos campi universitários. *Caderno Terra Ocupada*, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 95-102, 2014.

SEEMILLER, C.; GRACE, M. *Generation Z Goes to Collerge*. San Francisco: Jossey-Bass, 2016.

SILVA, C. C. da; TEIXEIRA, A. S.; GOLDBERG, T. B. L. O esporte e suas implicações na saúde óssea de atletas adolescentes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 426-432, nov./dez. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO EXERCÍCIO E DO ESPORTE. *Sub-Especialidades*. São Paulo, c2020. Disponível em: <https://www.medicinadoesporte.org.br/sub-especialidades/>. Acesso em: 20 jul. 2021.



15

MEDICINA E MERCADO DE TRABALHO

José Gabriel Sampaio Sales Filho

Alan Gualberto de Souza de Freitas de Pinho

Allan Botura Brennecke

Bruno Araujo de Jesus

Ricardo Gaspar Loureiro Filho

UMA VISITA AO PASSADO

É lugar-comum afirmar que o profissional médico goza de *status*, prestígio e sucesso financeiro. Nos tempos atuais, apesar de frequentes críticas quanto à qualidade de alguns médicos, eles geralmente são vistos como heróis que dedicam suas vidas ao estudo e trabalho para salvar a do próximo, recebendo como recompensa altos salários que garantem uma estabilidade econômica.

Contudo, essa posição ocupada pela categoria no imaginário popular nem sempre foi assim. É fruto de uma longa trajetória histórica de lutas entre dife-

rentes setores da sociedade e sobretudo conquistas, que redefiniu a identidade médica e a estruturação da oferta de serviços de saúde no Brasil.

Durante o período colonial no Brasil, havia uma imprecisão sobre quem era o responsável por diagnosticar e tratar as doenças. Nos anos que sucederam o descobrimento, esta incumbência passou a ser dos jesuítas, que embora buscassem a saúde física, aspiravam realmente a saúde espiritual. (ABREU, 2018; PONTE; FALLEIROS, 2010) São eles os responsáveis preliminares pela sangria, parto, prescrição e algumas operações cirúrgicas. Com eles, surgiram as primeiras enfermarias e boticas, que continham medicamentos trazidos de Portugal e, mais tarde, passaram a incorporar plantas previamente utilizadas pelos indígenas. (SOARES, 2001)

A falta de médicos diplomados no território brasileiro, sobretudo longe dos centros litorâneos como Salvador, Recife e Rio de Janeiro, foi uma regra durante todo o período colonial. (ABREU, 2018) Essa escassez ensejava a prática desregulada da arte de tratar, pois, na ausência de físicos, outros viriam a encarregar-se do tratar e curar. Diferentes agentes exerciam a Medicina à sua maneira, como os barbeiros – que, ademais de cortar cabelo, aplicavam comumente a sangria com uso de sanguessugas –, os boticários, os curandeiros, as parteiras e os cirurgiões com formação puramente prática. (PONTE; FALLEIROS, 2010)

Pela ausência de universidades no período colonial, os físicos que atuavam no Brasil eram estrangeiros que provinham inicialmente dos países europeus. Em geral, eram cristãos-novos que, temendo a acusação de prática de judaísmo e consequente perseguição da Inquisição, buscavam refúgio na América portuguesa. (ABREU, 2018) Foi o caso dos primeiros médicos, Jorge Valadares e Jorge Fernandes, integrantes das comitivas dos dois primeiros governadores-gerais e ocupantes do cargo de físico-mor em Salvador.

A escassez de médicos tardou a mudar. Em 1799, o explorador alemão von Martius relatou que em todo o Brasil clinicavam apenas 12 médicos formados. (CARVALHO, 2017) No século XVII, contava-se quatro médicos no Rio de Janeiro e apenas um em Pernambuco. Não bastasse a inação de Portugal em prover mais profissionais, este país ainda era responsável por piorar a situação: através da Inquisição, apartava alguns que atuavam em território brasileiro, como o André Rodrigues Franco, um cristão-novo que atuava na Bahia. Houve, contudo, algumas iniciativas por parte do reino, como uma instituição de bolsas na Universidade de Coimbra para que habitantes da colônia pudessem se formar médicos e boticários. (ABREU, 2018)

As condições de trabalho nessa ocasião eram, sob quase todos os aspectos, desfavoráveis. Não bastava a concorrência com os cirurgiões, os físicos precisavam lidar com uma clientela reduzida, visto que poucas eram as pessoas que pode-

riam se dar ao luxo de usufruir de um serviço médico. Por causa disso, ganhavam baixos salários – cinco vezes menos que um bispo –, os quais eram insuficientes para custear, segundo relatos, até mesmo uma moradia própria. (GURGEL, 2014) Além do mais, era comum que recebessem seus soldos em forma de alimentos e, por vezes, sequer recebiam. Não apenas os atrasos eram frequentes, como muitos pagavam do próprio bolso para trabalhar, ao ponto extremo em que o cirurgião militar Cosme Gomes Pereira, em Fortaleza, denunciava ter trabalhado por 30 anos sem receber um único salário. (ABREU, 2018)

Por conta disso, os partidos médicos, modalidade de trabalho com um pagamento fixo por parte da câmara local, eram atrativos. Uma via alternativa de atuação era como cirurgiões militares. Como havia uma discricionariedade em relação à sua função, era comum que eles tratassem não apenas os soldados, mas também os pobres que habitavam naquela região. Estes cirurgiões, que não tinham uma formação acadêmica, mas sim prática, viam nos empregos oferecidos pelas câmaras uma maneira de legitimarem sua atuação diante da Junta do Protomedicato. (ABREU, 2018)

Nesse ponto, faz-se necessário entender como a regulação da profissão médica transformou-se ao longo do tempo. Antes do descobrimento do Brasil, Portugal já principiava a regulação do exercício da arte de curar. Em 1338, o rei d. Afonso IV estabeleceu que um exame deveria ser realizado pelos físicos, cirurgiões e boticários diante do médico régio a fim de obter uma licença de prática. Em 1430, d. João I instituiu o cargo vitalício de físico-mor, escolhido entre os médicos do rei, que tinha como função examinar todo aquele que desejasse exercer a Medicina. (PONTE; FALLEIROS, 2010) Na década seguinte, a Carta Régia de d. Afonso V vedava o exercício da física e da cirurgia, sob risco de prisão, caso não tivesse uma licença expedida por um físico-mor ou cirurgião-mor. Esse mesmo rei desassociou o físico do boticário, ao proibir ao primeiro o comércio de medicamentos. Em 1521, tornou-se obrigatória uma formação acadêmica para o exercício da arte de curar, exceto nos territórios em que o rei julgasse necessário a oferta de médicos não formados, o que viria a justificar o exercício da arte de curar no Brasil por parte de práticos e empíricos. Por volta de 1782, o físico-mor e o cirurgião-mor foram substituídos pela Junta de Protomedicato, um órgão composto por delegados que concentrava as funções desses cargos, mas que somente durou até 1808. A partir desse ano, retorna a fisicatura-mor, mas, por conta das inúmeras queixas de abuso de autoridade e pela tentativa de vontade de o Brasil independente de se livrar das instituições da metrópole, foi logo extinta, tendo suas obrigações ocupadas a partir de então pelas câmaras municipais. (ROMERO; BOEIRA; OLIVEIRA, 2021)

Embora essas regulações intencionassem sua aplicação em todo reino português, isso não ocorria de fato. Pela impossibilidade de uma fiscalização efetiva em

território brasileiro, assim como pela carência de habilitados e pela desconfiança da Medicina hipocrática-galênica, a população socorria-se com aqueles à disposição, seja curandeiro ou feiticeiro. (PONTE; FALLEIROS, 2010; SOARES, 2001)

O século XIX representa no Brasil o início da mudança da Medicina como profissão. É neste período que, com a transmigração da família real, finda-se a proibição de universidades na colônia. Com a fundação das primeiras escolas médicas e da Sociedade de Medicina, a Medicina afasta-se de saberes populares e tenta se institucionalizar como um conjunto de saberes científicos. (MACHADO, 1997) Os doutores de Medicina destacam-se a partir de então como um grupo estruturado, mas que, para monopolizar o mercado de saúde, ainda precisaria enfrentar a concorrência de outros agentes que anteriormente atuavam no mesmo nível.

É nesse período, portanto, que se intensifica a regulamentação da prática de curar. A prática de sangradores, barbeiros e curandeiros é considerada ilegal. Em 1890, por exemplo, o Código Penal, elaborado sob influência de associações médicas, proíbe práticas espirituais e de magia que tivessem finalidade terapêutica. (ROMERO; BOEIRA; OLIVEIRA, 2021)

No século XX, um marco importante na constituição do profissionalismo da Medicina é a fundação do Sindicato Médico Brasileiro em 1927, que constitui a primeira organização sindical de profissionais liberais no Brasil. (PEREIRA-NETO, 1995) Inicialmente com a intenção de combater os charlatães, os sindicatos médicos se reestruturam, por volta da década de 1950, em torno de questões salariais e obtêm progressos na organização de um conjunto de valores éticos. No IV Congresso Médico Sindicalista, sugere-se a criação do Conselho Federal de Medicina (CFM), que se efetiva em 1945, juntamente com o Código de Deontologia Médica.

A aproximação do poder foi essencial para a consolidação profissional, mas, ao mesmo tempo, parecia um empecilho para a autonomia médica. O artigo 14 do Decreto-Lei nº 7.955, por exemplo, incumbia ao Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio a decisão sobre casos omissos envolvendo o CFM e os princípios éticos no exercício da profissão. A classe médica resistiu pela criação da Associação Médica Brasileira (AMB) em 1951 e a estrutura do CFM com conselhos regionais em cada estado em 1957. (MACHADO, 1997)

Por meio desse percurso no Brasil, a Medicina tornou-se no século XX o melhor exemplo do conceito sociológico de profissão; ela abrange um conjunto de conhecimentos e saberes especializados, monopoliza o seu mercado de trabalho e dispõe de capacidade de autorregulação. Este desenvolvimento prolongado e contínuo na história reacende a importância das lutas no presente e ajudam a pensar os desafios futuros.

SER MÉDICO NO SÉCULO XXI

Nos dias atuais, tornar-se médico envolve um caminho bem diferente daquele que nossos antepassados trilharam. Essas mudanças, ainda que tenham facilitado muitos aspectos da jornada médica, impõe outros problemas.

Uma parte considerável dos 7,55 milhões de jovens que cursam o ensino médio (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTÁGIOS, 2020) enfrentará o dilema da escolha do curso de graduação e da profissão. Tal decisão, pela percepção de ser a determinante de uma vida, pode induzir à ansiedade e angústia; por esse motivo, uma tendência segura é buscar um curso que reconhecidamente traga melhores oportunidades. Entre as principais opções cobiçadas, como evidenciado pela elevada relação candidatos/vagas e por uma das maiores notas de corte, encontra-se hoje a Medicina.

Ainda que, comparando ao passado, o acesso à educação médica tenha se democratizado, é importante destacar certas desigualdades que existem quanto ao ingresso e conclusão do curso. Um aspecto a ser destacado é com relação à raça, pois a maioria dos estudantes de Medicina continuam sendo da cor branca, correspondendo a 67,1% do total em 2019. Essa representação discordante do perfil brasileiro reflete o ainda existente abismo social no acesso ao curso de Medicina pelos estudantes pretos e pobres de nosso país. Os dados demográficos com relação ao caráter público ou privado das faculdades demonstram uma outra disparidade: em 2019, na rede pública o número de autodeclarados brancos foi de 57,2% e dos autodeclarados pretos de 5,0% dos estudantes, enquanto na rede privada os autodeclarados brancos correspondem a 72,6% e de pretos são somente 2,5%. Quanto à renda, apenas 6,8% dos estudantes têm renda familiar autodeclarada menor que 1,5 salários mínimos, sendo que 55,3%, ou seja mais da metade, ganha acima de 6 salários mínimos. (SCHEFFER, 2020) Apesar de mudanças deste perfil nas últimas duas décadas, o médico permanece no imaginário popular como alguém branco e proveniente de família rica. Essa visão, por si só, age como uma limitadora para a diversidade dentro do curso, uma vez que pode desestimular aqueles que não fazem parte dessa descrição a até mesmo cogitarem cursar Medicina.

Outro ponto que vale ser mencionado é a idade, pois, segundo estudo feito pelo Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) em 2019, a maioria dos estudantes tem até 29 anos. Pouco menos de 13% dos que cursam Medicina tem idade superior a 30 anos. (SCHEFFER, 2020) Esse perfil do jovem adulto como principal ingressante em Medicina pode ser explicado devido à grande dedicação de tempo e dinheiro que o curso exige, visto sua extensa carga horária – na Universidade Federal da Bahia (UFBA) são 8.957 horas –, modalidade integral, baixa flexibilidade com relação à montagem de quadro de horários e altas men-

salidades cobradas nas faculdades particulares. Esses são fatores que dificultam a conciliação com as outras obrigações, como família e trabalho.

Regina Maria Ignarra (2002), em sua tese de doutorado, destacou que o coletivo de estudantes que ingressam em Medicina justifica sua escolha baseado em oito discursos: o da vocação – desde criança pensava em fazer Medicina, apesar de não saber dizer o motivo e acreditar ser uma vocação natural e inata ao indivíduo e que, portanto, não teve outra profissão que poderia seguir; o do altruísmo – querer ajudar o próximo, sobretudo aqueles que são vulneráveis e sentir satisfação pessoal ao se ver como uma espécie de herói; o do dever cidadão – quer ser útil à sociedade e querer pagar a dívida social de ter a oportunidade de estudar; o da inclinação para as ciências biológicas – vontade de se aprofundar nos estudos sobre o corpo e a mente humana e exercer atividades científicas sobre o assunto; o de querer ter o desafio de lidar com vidas – querer aprender sobre as doenças e como tratá-las e lidar com a vida, adoecimento e morte das pessoas; o da influência familiar – se sentiram influenciados pelos parentes que eram médicos por admirá-los e querer fazer o mesmo que eles; e o do *status* social e financeiro com estabilidade – tem amplo mercado de trabalho, boa remuneração, garantia de emprego e prestígio social. De maneira geral, a maioria dos estudantes apoia-se no discurso altruísta, sobretudo no início do curso, o que corrobora com pesquisas feitas sobre o assunto, a exemplo de Ferreira e demais autores (2000).

Diante dessa concepção dos calouros, faz-se necessário enxergar a Medicina por meio de outro filtro: a de um trabalho assalariado. De fato, por ter a vida humana no centro de seus objetivos, a Medicina exige esforço, empatia, responsabilidade e rigor técnico. Antes de tudo, porém, o médico é um trabalhador, ainda que, por conta de um certo imaginário romantizado, os contextos práticos das condições de trabalho sejam completamente desconhecidos ou negligenciados por muitos que ingressam nessa carreira. (FERREIRA et al., 2000) Para evitar certas desilusões e frustrações que podem ocorrer ao longo e após a graduação, é preciso entender que o processo que leva à opção pela Medicina não pode se resumir apenas a motivações idealizadas.

Ao entrar na graduação, outro dilema que o estudante se depara são as residências médicas. A residência médica é uma modalidade de pós-graduação para treinamento em serviços especializados, pela qual recebe-se o título de especialista na área em que o médico atuou de maneira supervisionada. Uma outra forma de se adquirir o título de especialista é através da realização de uma avaliação pela sociedade da especialidade pretendida, que seja reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), mas, para tal, é necessário ter uma quantidade mínima de anos trabalhando com aquela especialidade. A quantidade de anos e de pré-requisitos varia de acordo com a especialidade, mas, em linhas gerais, a maioria das residên-

cias dura entre dois e cinco anos (SCHEFFER, 2020), durante a qual se ganha uma bolsa mensal cujo valor bruto foi de R\$ 3.330,43 em 2020 para uma carga horária de 60 horas semanais. (SCHEFFER, 2020)

Para ingressar nos programas de residência médica, que se constituem no principal espaço de formação para especialização médica, o jovem recém-formado terá que lidar com um processo que ele pensava já ter se livrado: o processo seletivo para ingresso. Com o maior rigor técnico exigido para a prática, muitos serviços exigem especialização para contratação, tornando a realização da residência obrigatória para a grande maioria dos egressos.

Com relação ao número de vagas, em 2019 foram oferecidas especializações em 4.862 programas de 809 instituições cadastradas no MEC. (SCHEFFER, 2020)

É importante destacar que, em termos de investimento na saúde pública, é mais efetivo focar na prevenção e na atenção básica. A ideia é evitar gastos desnecessários com exames de alta complexidade, medicamentos de baixo acesso e procedimentos cirúrgicos em complicações de doenças que podem ser identificadas em exames de rotina em uma unidade básica e prontamente tratados antes de se necessitar encaminhar para hospitais com atendimento altamente especializado. Logo, é natural que as especialidades mais específicas tenham uma quantidade de vagas na residência bem menor, enquanto as áreas mais generalistas como Medicina de família e comunidade e Clínica Médica sejam as que tenham maior número de vagas.

No ano de 2020 o Brasil passou a ter cerca de 500 mil médicos registrados, o que equivale a 2,8 médicos por 1.000 habitantes, sendo um crescimento cinco vezes mais rápido que o do número de habitantes do país ainda que distribuídos de forma bastante desigual. (SCHEFFER, 2020) Esses números demonstram um crescimento acelerado nas vagas em cursos de Medicina, graças à abertura de novas escolas pelo MEC. Essa dinâmica é criticada, pois muitos desses estabelecimentos não prezam pela qualidade do ensino, mas sim pela quantidade de formandos destinados a suprir o mercado de trabalho. A título de comparação, segundo o “Demografia Médica 2020” da Universidade de São Paulo (USP), a estimativa do número de novos médicos formados em 2024 será de 31.849, o que equivale ao dobro de profissionais efetivados pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) de todo o país em 2012. A partir disso, espera-se uma maior competitividade nos postos do mercado de trabalho, não apenas no ingresso da residência.

CATEGORIA MÉDICA: O PROLETARIADO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

A despeito do prestígio social e do fetichismo que, tradicionalmente, circundam a carreira médica, é possível, nos dias atuais, emoldurar o profissional médico na

classe trabalhadora. Uma classe trabalhadora, contudo, ampliada, pertencente a um novo proletariado que, segundo o sociólogo Ricardo Antunes (2018), se constituiu a partir das novas morfologias do trabalho no capitalismo contemporâneo. Dessa forma, a notoriedade social do médico parece caminhar de uma aristocracia para o proletariado dos serviços. Quais as consequências desse possível cenário?

No volume 2 de *O Capital*, Marx afirma que quando uma indústria atinge um processo de produção capitalista pleno, da grande indústria, da incorporação real do trabalho ao capital, dá-se a industrialização do processo industrial. Do mesmo modo, quando a agricultura assume a forma de produzir da indústria, ocorre a industrialização da agricultura. E por fim, quando os serviços se tornam mercadorias e submetidos ao capital, tem-se a industrialização dos serviços. Com efeito, a industrialização dos serviços carrega consigo o mesmo grau de precarização da estrutura de trabalho antes vista na indústria e na agricultura. Nesse percurso, e de acordo com o prof. Ricardo Antunes (2018), a classe trabalhadora heterogeneizou-se, complexificou-se, fragmentou-se e ampliou-se. O autor utiliza a denominação *classe-que-vive-do-trabalho* para definir a classe que vive da venda de sua força de trabalho, e que hoje, ao incluir a área de serviços, passou a ser uma extensão do tradicional proletariado predominante nos séculos XVIII e XIX, período no qual o setor de serviços era limitado.

Não obstante um possível incômodo pela não identificação e, quiçá, enfurecimento de certos profissionais médicos ao se reconhecerem como a classe proletária, é inegável que o médico é um profissional que vive da venda de sua força de trabalho. Portanto, assim como outros profissionais, o médico também está sujeito à mais-valia – considerando que, para Marx, a mais-valia se dá não apenas no processo de produção, mas também de distribuição, circulação e consumo de produtos e serviços – e a um possível declínio histórico de uma posição de identificação com a classe burguesa – no sentido marxiano de dono dos meios de produção – para um proletariado dos serviços da saúde. Talvez estejamos diante de uma tendência de rompimento da classe médica com as elites da sociedade, estes sim os donos dos meios de produção. Em vista disso, emergem algumas questões cruciais: como e quando a classe médica se organizará para romper com as elites? Ou pior, será a classe médica é a protagonista deste rompimento ou apenas a vítima passiva de um processo conduzido pelas elites por meio da precarização do trabalho na área da saúde?

O Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia (Sindimed-BA), bem como outras organizações sindicais de médicos pelos países, em suas lutas pelos direitos e interesses dos membros da categoria perante instituições públicas e privadas, entende que o processo de precarização dos vínculos de trabalho e de degradação salarial se intensificou neste século materializado principalmente pela expansão da con-

tratação de médicos por meio de Pessoa Jurídica (PJ). Termos como “PJotização” ou “uberização” do trabalho médico já passam a ser utilizados por essas instituições para caracterizar uma forma de trabalho de vínculos precários e com poucos direitos garantidos. O Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo (SEMESP), por exemplo, constata que, em meio à crise sanitária e econômica instalada durante a pandemia de covid-19, tanto governantes quanto empresas tornaram o médico peça descartável dos serviços de saúde. Sem garantia e nem ampliação da melhora das condições de trabalho – inclusive para os profissionais da linha de frente – médicos não têm qualquer tipo de cobertura ou remuneração em caso de adoecimento ou perda de seus empregos. O mesmo SEMESP afirma que o fechamento das possibilidades de contratos por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), bem como o congelamento de contratos estatutários, atraiu médicos para um discurso sedutor de maior ganho inicial proporcionado pelo vínculo empregatício por PJ. Entretanto, esse aparente maior ganho vem sendo inibido tanto pela estagnação do valor de plantões, quanto por calotes de pagadores, os quais tem se tornado cada vez mais comuns.

Para Mendes (2020), o tempo de trabalho é uma das categorias mais atacadas pela nova morfologia do trabalho direcionada pela lógica neoliberal. Para o autor, o domínio do trabalho é o domínio sobre o tempo de trabalho. Assim, o apagamento das fronteiras entre tempo de trabalho e tempo livre, o combate às pausas e ao direito de repouso estão no cerne do retrocesso trabalhista. A fragilidade crescente dessa estrutura de trabalho e a busca por uma compatibilidade de renda impulsiona muitos médicos para uma carga de trabalho extremamente extenuante, com multiplicidade de vínculos e, conseqüentemente, com efeitos deletérios na saúde física e mental. Maciel e demais autores (2010) conduziram um estudo com 7.008 médicos do estado do Ceará e demonstrou que 53,5% possuíam entre 2 e 4 vínculos, e 0,6% chegavam a ter de 11 a 20 vínculos. Os autores mostram relação proporcional entre jornada de trabalho e desgaste, adoecimento e frequência de envolvimento em acidentes. Para Dias (2015), esse panorama é ainda mais problemático para mulheres, cujos impactos dos vínculos precarizados de trabalho impedem que médicas usufruam do direito ao afastamento remunerado no período de gravidez, parto e lactação.

Em face de toda essa conjuntura que se apresenta cada vez mais agressivamente na sociedade contemporânea, Antunes (2018) aponta que a precarização estrutural do trabalho é uma tendência intrínseca da lógica destrutiva do capital na era da financeirização. Essa lógica não elimina o trabalho, mas o corrói de direitos, tornando-o flexível e descartável. O autor reforça que no cerne da resistência contra a intensificação da precarização estão as lutas sociais e sindicais. Entretanto, em sua visão, essas lutas devem ser ousadas e fortes, exigindo uma

reorganização e adequação às novas configurações do trabalho. Para demonstrar sua argumentação, cita exemplos de países, como Alemanha e França, onde esses movimentos foram mais incisivos e a terceirização foi menor. Como contraponto, ilustra como o desmonte sindical na Inglaterra e Estados Unidos permitiu que o capital fosse mais agressivo.

AS CONDIÇÕES DO TRABALHO MÉDICO

Diante dessa perspectiva, urge conhecer mais profundamente as condições de trabalho nas quais os profissionais médicos estão inseridos. Com a pulverização dos direitos trabalhistas e com a explosão de faculdades privadas, surge uma oferta médica com impacto direto no trabalho e salário.

Com isso, torna-se cada vez mais comum que médicos se submetam a uma jornada de trabalho exaustiva. Segundo Scheffer (2020), em 2019, somente um quarto dos médicos apontaram ter apenas um vínculo trabalhista, enquanto quase metade deles afirmaram ter quatro ou mais trabalhos. Somado a isso, 46% dos médicos disseram trabalhar mais do que 60 horas semanais, que entre adultos na faixa etária de 25 a 35 anos, chega a ser 35,5% aqueles trabalham mais de 80 horas.

ROTATIVIDADE MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Outro ponto a ser destacado é a permanente saída e entrada de médicos, voluntária ou involuntariamente, em uma companhia ou instituição. (TONELLI et al., 2018) A rotatividade é um fenômeno normal em toda organização, e pode até ser positiva à medida que permite reduzir custos, otimizar tarefas e renovar políticas e culturas empresariais. No entanto, um grau acentuado de rotatividade tem efeitos reversos, uma vez que normalmente implica perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudica a eficiência organizacional. (MEDEIROS, 2020)

Colocado dessa forma, em um primeiro momento de análise, é possível pensar na rotatividade *per se* como causa de ineficiências na estratégia de saúde da família. Contudo, em vista da mudança de conjuntura no universo do trabalho e da corrente precarização dos vínculos empregatícios na área de saúde tanto no âmbito público como privado, conforme discutido anteriormente, a dificuldade de fixação de profissionais médicos na atenção primária pode ser pensada não como causa, mas efeito de fenômenos internos ou externos ao sistema e que condicionam o comportamento do pessoal. (PIERANTONI et al., 2015) O resultado é um ciclo em que a rotatividade dificulta o processo de concretização do Sistema

Único de Saúde (SUS), pois a viabilização e a garantia de seus princípios e diretrizes são dificultadas pela fragilidade da criação de vínculos e da longitudinalidade do trabalho e vice-versa. (TONELLI et al., 2018)

Em vista disso, a rotatividade deve ser compreendida, principalmente, pela análise do contexto em que estão inseridos os profissionais. Nessa perspectiva, Pierantoni e demais autores (2015) conduziram um estudo que objetivou calcular o índice e o perfil da rotatividade de médicos brasileiros em diferentes municípios e regiões do território nacional. Particularmente para a região Nordeste, a proporção de vínculos formais de médicos é a segunda maior do país – atrás apenas da região Sudeste – e o índice médio de rotatividade só é maior que o da região Norte, ficando abaixo da média nacional, que é de em torno de 40%. Todavia, o índice médio de rotatividade da região Nordeste é próximo de 30%, o que ainda assim é preocupante, visto que, para Campos e Malik (2008), quando esse índice se encontra acima de 26% produz altos custos e impactos financeiros no sistema de saúde, bem como algum grau de prejuízo na produtividade e qualidade do serviço. Ainda de acordo com Pierantoni e demais autores (2015), o maior índice de rotatividade na região Nordeste ocorre em cidades que comportam entre 50 mil e 100 mil habitantes, ao passo que na maioria das outras regiões do país esse quadro tende a se dar em cidades com número inferior de habitantes e com Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* ainda menores. Assim, fica evidente que a rotatividade varia de acordo com as características regionais e a compreensão de suas causas e efeitos requer análise de indicadores e entendimento da realidade local. Nesse aspecto, tanto Nordeste quanto as outras regiões carecem de pesquisas nessa temática.

Tendo, portanto, a rotatividade como efeito de um contexto mais amplo que limita a fixação do médico no serviço público de atenção primária à saúde, estudiosos do tema elencam diversos fatores relacionados com alta rotatividade. Para além das diferenças regionais destacam-se a má estruturação e gerenciamento da rede de saúde, modalidades frágeis de contratação, remunerações arrefecidas, infraestrutura do município e da unidade de saúde e não proximidade de centros urbanos.

Este último, a propósito, isola o trabalho médico, deixa-o desassistido de equipes de apoio e de outros níveis de complexidade da rede, sem formação continuada e repercute, em última instância, em insatisfação com o trabalho. (CAMPOS, 2008; MEDEIROS et al., 2010; PIERANTONI et al., 2015; TONELLI et al., 2018) No aspecto do nível de insatisfação com a função que exerce, a literatura científica considera este o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização. Tonelli e demais autores (2018), do mesmo modo, são enfáticos ao afirmarem que no quesito satisfação, o salário atrai, mas não o suficiente para fixar os profissionais.

Nesse cenário, observa-se que a rotatividade de médicos na Atenção Primária é influenciada por fatores internos e externos ao serviço de saúde, bem como aspectos objetivos e subjetivos. Diante disso, Medeiros e demais autores (2010) reiteram a ideia de pensar em soluções que atinjam a macroestrutura do trabalho médico na sociedade. Assim, os autores reforçam a necessidade de promover a desprecarização dos vínculos trabalhistas, principalmente por meio de concurso público e de um plano de cargos e salários que estimule os profissionais à qualificação para o trabalho na Atenção Primária e à manutenção na equipe. Reafirmam o estilo de gestão participativa como o fator capaz de favorecer a permanência de profissionais e promotora de satisfação e comprometimento com a proposta do SUS. Reivindicam políticas públicas que primam por uma formação profissional qualificada e continuada, ampliando a integralidade nas práticas de saúde e diminuindo a formação fragmentada do modelo biomédico. É provável que um modelo administrativo como esse tenha envergadura para movimentar macroestruturas de um sistema carente de políticas substanciais, além de fomentar e valorizar o perfil dos profissionais do SUS permitindo estratégias de permanência na atenção primária à saúde.

PLANTÃO MÉDICO

O plantão é uma importante modalidade de trabalho médico. De forma quase constante, diversos autores, como Machado (1997), Carneiro e Gouveia (2004) e Scheffer (2020), apontam que aproximadamente metade dos médicos atua como plantonista. Entretanto, essa prática não é distribuída de modo igualitário entre os profissionais.

A principal variável associada com a realização ou não de plantões costuma ser a idade. Segundo Scheffer (2020), enquanto aproximadamente 70% dos médicos com menos de 35 anos davam plantão, apenas 23% dos médicos com mais de 55 anos realizavam este serviço. Além disso, ser plantonista era mais comum entre generalistas do que entre especialistas.

Esta prática é vista pelos jovens como um modo de adentrar o mercado de trabalho e iniciar a carreira. Machado (1997, p. 73) apontou que 90% dos residentes realizavam atividade de plantão e alguns estudos mais recentes revelaram médias de tempo de formação dos plantonistas entrevistados como sendo menores do que dez anos. (BARROS, 2008; MARQUES, 2018) Considerando que plantões oferecem uma remuneração atraente, não é surpresa que sejam tão populares entre os que estão começando sua carreira. O magnetismo dessa remuneração leva, por exemplo, indivíduos a adiarem indefinidamente sua especialização e apenas trabalharem como plantonistas. (MACEDO; BATISTA, 2011)

Há desvantagens no regime de plantão. Considerado extenuante, está frequentemente associado a desgaste físico e mental. (MARQUES et al., 2018) Afinal, tem longa duração, alta demanda do profissional e significativos riscos. Portanto, parece natural que indivíduos se afastem desse estilo de vida ao envelhecerem e alcançarem uma posição mais estável no mercado de trabalho.

Cada vez mais, porém, menor é a garantia de que o médico consiga se estabilizar em alguns anos e possa abandonar essa modalidade. Com a crescente oferta de profissionais e saturação de mercados, especialmente nas capitais (SCHEFFER, 2020), é possível que o período em que o médico se vê instigado a continuar a dar plantões se estenda – o que poderá acarretar desgaste do indivíduo e redução da sua qualidade de vida.

ESPECIFICIDADES GEOGRÁFICAS

Ao analisar o mercado de trabalho médico, é importante abordar a dicotomia entre interior e capital. Seja durante a formação acadêmica, seja durante a vida profissional, há particularidades relevantes a esses locais que devem ser abordadas.

Antes disso, é imprescindível ressaltar que a análise dicotômica homogeneiza informações e descarta detalhes importantes. Ela não leva em conta a região metropolitana como uma entidade à parte, ignora as diferenças entre municípios urbanos e rurais, e não considera as idiosincrasias de milhares de municípios interioranos. Para uma avaliação concisa, porém, é possível utilizá-la.

A graduação encontra-se em um processo de mudança, do qual faz parte a tendência à interiorização da formação médica. Das novas vagas de Medicina entre 2010 e 2020, 71% delas foram oferecidas no interior dos estados brasileiros. (SCHEFFER, 2020) Entretanto, por mais que essa inclinação exista, a disponibilidade de vagas por cidadão residente ainda é muito desbalanceada em favor das capitais. Na Bahia, em 2020, foram ofertadas 1.090 vagas na capital e 1.393 vagas no interior – números desproporcionais, que correspondem a 37,9 e 11,6 vagas por 100 mil habitantes, respectivamente. A residência médica apresentou um cenário similar: em 2019, no Brasil, 67,9% dos residentes estavam nas capitais, enquanto 36,1% estavam no interior. (SCHEFFER, 2020)

Quanto aos profissionais na ativa, em 2020, o país apresentou média de 2,49 registros médicos para cada mil habitantes. Já a Bahia teve uma média inferior a nacional, de 1,64. Porém, a Bahia não é homogênea, concentrando a Medicina na sua capital: Salvador apresentou média de 4,90 – enquanto o interior, de 0,86. (SCHEFFER, 2020)

Semelhante disparidade é observada nos níveis de educação. Em 2020, 63,6% dos médicos na capital da Bahia possuíam ao menos uma especialidade; enquanto no interior apenas 46% eram especialistas. (SCHEFFER, 2020)

O cenário médico mudou no Brasil nas últimas décadas. A Medicina tem deixado de ser vista como carreira com vagas de emprego inesgotáveis, e os recém-egressos têm expressado receio de não encontrarem como se inserir nesse ramo crescentemente saturado. (MACEDO; BATISTA, 2011)

Assim, recém-graduados, especialmente generalistas – em 2020 no Brasil, 62,2% dos médicos com menos de 35 anos eram generalistas (SCHEFFER, 2020) –, buscam um mercado menos competitivo para se instalar.

A nível individual, porém, a escolha não é tão simples. Fatores como infraestrutura, custo de vida, densidade populacional e disposição individual para habitar (mesmo que temporariamente) outra cidade, devem ser levados em consideração. Somado a isso, os benefícios à carreira não são garantidos, pois, considerando particularidades pontuais e a ausência de estudos recentes e bem desenhados sobre o tema na Bahia, nem mesmo um maior rendimento ao trabalhar no interior pode ser garantido.

A PANDEMIA DE COVID-19

A pandemia de covid-19 impôs mais um desafio aos médicos brasileiros. A infecção por SARS-CoV-2 passou a demandar recursos financeiros e hospitalares muitas vezes indisponíveis em muitas localidades, em um contexto em que o SUS, principal forma de acesso à saúde da população cronicamente insuficiente, já resistia com investimentos cada vez menores. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020) Aliado a isso, associou-se à má administração, com falta de coordenação entre as três esferas, e desvio de recursos públicos, em parte responsável pela falta de recursos adequados como respiradores, leitos, profissionais, encaminhando algumas cidades ao colapso, como ocorreu em Manaus. (BRASIL, 2021b; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA, 2021; MINAS GERAIS, 2021; POLÍCIA..., 2021)

A rápida disseminação do vírus, elevada demanda de terapia intensiva e letalidade fez da covid-19 uma das principais causas de morte e internamento em todo o mundo, afetando em especial os profissionais de saúde, cuja exposição era, em muitos casos, inevitável. Associado à falta de recursos, os médicos tiveram de lidar com a incerteza sobre como efetivamente evitar a própria contaminação e de familiares, a demanda de rápida especialização, na ausência de terapêutica eficaz no desfecho de quadros graves e disseminação de boatos sobre a doença. Essa sobrecarga enfrentada pelos profissionais de saúde aumentou a incidência de

ansiedade, depressão e síndrome de Burnout. (DE BONI et al., 2020; JAYAWEERA et al., 2020; LIPWORTH, 2020; SPOORTHY; PRATAPA; SUPRIYA, 2020) Um estudo comparativo evidenciou que países com desigualdade econômica e em desenvolvimento apresentaram maiores níveis de trabalhadores essenciais – médicos inclusos – tendo uma probabilidade de três a seis vezes maior de ter ansiedade, depressão ou ambos quando comparado a um país desenvolvido, apontando o aumento constante do número de casos como um agravante mental. (BONI et al., 2020)

A acelerada disseminação da covid-19 levou a uma rápida e imensurável demanda na linha de frente por profissionais de saúde, que precisaram decidir entre continuar atuando contra uma doença sem vacina e tratamento definitivo, arriscando a própria vida e de familiares, ou evitar o trabalho com pacientes infectados, priorizando a autonomia e proteção pessoal durante esse período. (LIPWORTH, 2020) Associada a essa incerteza e pressão pela atuação na linha de frente como um “herói”, houve a tensão social sobre a ciência e a covid-19, tendo a disseminação de notícias falsas marcado o período, em especial no Brasil cuja administração pública federal, na figura do então presidente, contrariava as evidências da necessidade de distanciamento social, uso de máscaras, tratamento, prevenção, diagnóstico precoce e vacina. Isso gerou uma tensão social, com adoecimento psíquico da sociedade refém as medidas governamentais que dificultavam o acesso às vacinas, disseminando a informação de que a doença não era letal, que a imunidade de rebanho através da infecção seria a melhor forma de controle, e que tratamentos comprovadamente ineficazes eram ideais para o tratamento, culminando em uma disputa ideológica, instabilidade econômica e política durante a maior crise sanitária do país no século XXI. Houve o aumento sustentado do número de casos em contramão ao visto no resto do mundo, refletindo na sociedade com o aumento do número de suicídios, aumentando a tensão nos profissionais de linha de frente, cuja pressão social, ideológica em confronto a ciência dificultou o uso da terapêutica adequada. (BOSCHIERO et al., 2021; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020b, 2021a, 2021b; DADA et al., 2021; FIUZA, 2021; ORTEGA; ORSINI, 2020)

Frente a essa nova realidade, o acesso à saúde e ao atendimento médico pela população foi muitas vezes interrompido ou obstaculizado pelo risco de contrair a covid-19. Assim, fez-se necessário a mudança da forma de atendimento, evitando a exposição do paciente, autorizando o uso da telemedicina durante a crise ocasionada pelo coronavírus (SARS-CoV-2) pela Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, passando por regulação do CFM, que previa em seu art. 37 do capítulo V – Relação com Pacientes e Familiares do Código de Ética Médica de 2019 (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2021; BRASIL, 2020, 2021a; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020a, 2004; VALENTE, 2021):

É vedado ao médico:

[...] Art. 37. Prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

§ 1º O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

§ 2º Ao utilizar mídias sociais e instrumentos correlatos, o médico deve respeitar as normas elaboradas pelo Conselho Federal de Medicina. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004)

Entretanto, a lei apresentava um trecho que foi vetado, que previa a regulamentação da telemedicina sob responsabilidade do CFM após o período pandêmico. Assim, apesar de ter sido vista como um avanço por muitos, o futuro da telemedicina no Brasil ainda passará por debates e regulamentações. (BRASIL, 2021a; VALENTE, 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das lições da longa trajetória humana é a impermanência das circunstâncias e conjunturas diante da transformação das condições históricas. Aquilo que um dia foi, pode até ser hoje, mas não é garantia de que será. Aquilo que um dia foi, que hoje já não é mais, amanhã poderá voltar a sê-lo.

Após muitos confrontos, o médico ocupa hoje um espaço de destaque e poder na nossa sociedade que pareceria inacreditável aos olhos dos pioneiros da arte de curar no território brasileiro. Desconhecemos que a imagem de sucesso obtido pela carreira médica foi consagrada somente no século passado. Essa posição, contudo, não é estável; não só é completamente passível de mudanças, como a observação de sua mudança é evidente para aqueles profissionais que já estão mais tempo em atuação.

Com as recentes mudanças tecnológicas que encarecem o processo de cuidar e levam os médicos a aderirem cada vez mais a práticas empregatícias de venda da força de trabalho, observamos um intenso processo de proletarização. No século XXI, o capital enfrenta obstáculos na sua tentativa de auferir maiores lucros pelas vias de elevação da produtividade; opta, portanto, pela redução dos custos de produção. No setor de saúde, essa prática tem sido observada na eliminação de di-

reitos trabalhistas e deterioração das condições de trabalho, sem que os pacientes testemunhem uma melhora na qualidade do serviço ofertado.

É impossível prever o que poderá ocorrer com o trabalho médico em um futuro próximo, especialmente em um cenário turbulento de pandemia em que nos encontramos. Contudo, ter a ciência das transformações correntes no universo do trabalho é fundamental para uma organização de classe que seja forte, efetiva e comprometida com os esforços em manter uma produção de saúde eficaz, segura e ética tanto para os profissionais como para a sociedade.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. A institucionalização do saber médico e suas implicações sobre a rede de curadores oficiais na América portuguesa. *Tempo*, Niterói, v. 24, n. 3, p. 493-524, 2018. DOI: 10.1590/tem-1980-542x2018v24n305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-77042018000300493&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2021.
- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTÁGIOS. *Matrículas na educação*. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://abres.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. *Frente Parlamentar da Telessaúde defende o futuro da Telemedicina no Brasil*. São Paulo, 18 mar. 2021. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/frente-parlamentar-da-telessaude-defende-o-futuro-da-telemedicina-no-brasil/>. Acesso em: 30 jul. 2021.
- BARROS, D. de S. *et al.* Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 235-240, 2008.
- BOSCHIERO, M. N. *et al.* One Year of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) in Brazil: A Political and Social Overview. *Annals of Global Health*, London, v. 87, n. 1, p. 1-27, 2021. Disponível em: 10.5334/aogh.3182. Acesso em: 30 jul. 2021.
- BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Frente Parlamentar realiza seminário sobre o futuro da telemedicina no Brasil nesta terça; acompanhe. *Câmara dos Deputados – Notícias*, Brasília, DF, 13 mar. 2021a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/736411-frente-parlamentar-realiza-seminario-sobre-o-futuro-da-telemedicina-no-brasil-nesta-terca/>. Acesso em: 30 jul. 2021.
- BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coronavírus Brasil*. Brasília, DF, 2021b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 jul. 2021.

CAMPOS, C. V. de A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CARNEIRO, M. B.; GOUVEIA, V. V. (coord.). *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2004.

CARVALHO, N. T. *O olhar estrangeiro para as doenças, os remédios e as práticas de cura indígenas: uma análise da obra natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros (1844) de Karl Friedrich Phillip von Martius*. 2017. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *CFM publicará nova resolução para regulamentar telemedicina*. 2 set. 2020a. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/CFM-publicara-nova-resolucao-para-regulamentar-telemedicina-11-54662.shtml>. Acesso em: 30 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Código de ética médica. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 3, p. 153-163, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Conselho Federal de Medicina lança campanha que ressalta a necessidade de cuidar da saúde dos médicos*. Brasília, DF, 2021a. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/conselho-federal-de-medicina-lanca-campanha-que-ressalta-a-necessidade-de-cuidar-da-saude-dos-medicos/#:~:text=sa%C3%BAde%20dos%20m%C3%A9dicos-,Conselho%20Federal%20de%20Medicina%20lan%C3%A7a%20campanha%20que%20ressalta%20a,cuidar%20da%20sa%C3%BAde%20dos%20m%C3%A9dicos&text=A%20pandemia%20da%20-covid%2D19,%C3%A0s%20refei%C3%A7%C3%B5es%20e%20aos%20familiares>. Acesso em: 30 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *A pandemia da covid-19 revela fragilidades do sistema de saúde brasileiro*. Brasília, DF, 30 set. 2020b. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/a-pandemia-da-covid-19-revela-fragilidades-do-sistema-de-saude-brasileiro/>. Acesso em: 30 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Pandemia gera estresse e sobrecarga de trabalho, mas reforça confiança dos pacientes na medicina*. Brasília, DF, 6 abr. 2021b. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-de-covid-19-gera-estresse-e-sobrecarga-de-trabalho-medicos-mas-reforca-confianca-dos-pacientes-na-medicina/>. Acesso em: 30 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016*. Brasília, DF, 28 fev. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude>.

gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016. Acesso em: 30 jul. 2021.

DADA, S. *et al.* Words matter: Political and Gender Analysis of Speeches Made by Heads of Government During the COVID-19 Pandemic. *BMJ Global Health*, [London], v. 6, n. 1, p. 1-12, Jan. 2021.

DE BONI, R. B. *et al.* Depression, Anxiety, and Lifestyle among Essential Workers: A Web Survey from Brazil and Spain during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Medical Internet Research*, [Pittsburgh], v. 22, n. 10, 2020.

DIAS, E. C. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 60-68, 2015.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA (Brasil). *Falta de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus, que já soma mais de quatro mil mortes em 2021*. Brasília, DF, 4 mar. 2021. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50926#:~:text=Falta de oxigênio causa mortes e revela colapso, mil pessoas morreram por Covid-19%2C>. Acesso em: 30 jul. 2021.

FERREIRA, R. A. *et al.* O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 224-231, 2000.

FIUZA, R. Pandemia impactou vida pessoal e profissional de 96% dos médicos brasileiros. *CNN Brasil*, São Paulo, 7 abr. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/04/07/pandemia-impactou-vida-pessoal-e-profissional-de-96-dos-medicos-brasileiros>. Acesso em: 30 jul. 2021.

GURGEL, C. B. F. M. Médicos do Brasil Colonial. *Boletim da FCM*, Campinas, v. 10, n. 1, p. 16-17, 2014.

IGNARRA, R. M. *Medicina: representações de estudantes sobre a profissão*. 2002. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. DOI: 10.11606/T.6.2002.tde-02022021-200206. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02022021-200206/pt-br.php>. Acesso em: 14 jul. 2021.

JAYAWEERA, M. *et al.* Transmission of COVID-19 Virus by Droplets and Aerosols: A Critical Review on the Unresolved Dichotomy. *Environmental Research*, New York, v. 188, p. 1-18, Jan. 2020.

LIPWORTH, W. Beyond Duty: Medical “ Heroes ” and the COVID-19 Pandemic. *Journal of Bioethical Inquiry*, Dordrecht, v. 17, n. 4, p. 723-730, 2020.

MACEDO, D. H. de; BATISTA, N. A. O mundo do trabalho durante a graduação médica: a visão dos recém-egressos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 35, n. 1, p. 44-51, 2011.

MACHADO, M. H. (coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

MACIEL, R. H. *et al.* Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 950-956, 2010.

MARQUES, G. L. C. *et al.* Síndrome de burnout entre médicos plantonistas de unidades de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, p. 186-193, 2018.

MARX, K. *O capital: crítica da economia política: livro II: o processo de circulação do capital*. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2014.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

MENDES, R. Patogênese das novas morfologias do trabalho no capitalismo contemporâneo: conhecer para mudar. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 98, p. 93-110, 2020.

MINAS GERAIS. Ministério Público. *Operação do Gaeco apura desvio de dinheiro público destinado ao enfrentamento da pandemia em município da Zona da Mata*. Belo Horizonte, 27 out. 2021. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/comunicacao/noticias/operacao-do-gaeco-apura-desvio-de-dinheiro-publico-destinado-ao-enfrentamento-da-pandemia-em-municipio-da-zona-da-mata.htm>. Acesso em: 30 jul. 2021.

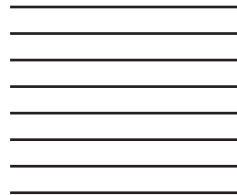
ORTEGA, F.; ORSINI, M. Governing COVID-19 Without Government in Brazil: Ignorance, Neoliberal Authoritarianism, and the Collapse of Public Health Leadership. *Global Public Health*, London, v. 15, n. 9, p. 1257-1277, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1795223>. Acesso em: 30 jul. 2021.

PEREIRA-NETO, A. de F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 600-615, 1995. DOI: 10.1590/S0102-311X1995000400008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000400008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2021.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647, 2015.

POLÍCIA Federal completa mais de 100 operações contra fraudes relacionadas às ações de enfrentamento à pandemia. SINDIPOL Bahia, Salvador, 20 jul. 2021. Disponível em: <https://www.sindipolbahia.org.br/noticias/policia-federal-completa-mais-de-100-operacoes-contras-fraudes-relacionadas-as-acoes-de-enfrentamento-a-pandemia>. Acesso em: 30 jul. 2021.

- PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/na-corda-bamba-de-sombrinha-a-saude-no-fio-da-historia>. Acesso em: 22 jun. 2021.
- ROMERO, F.; BOEIRA, A. da S.; OLIVEIRA, L. P. O. A regulamentação legal e a prática da medicina no brasil colonial. *Diálogos e Interfaces do Direito*, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 1-28, 2021.
- SCHEFFER, M. *et al.* *Demografia médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP CFM, 2020.
- SPOORTHY, M. S.; PRATAPA, S. K.; SUPRIYA, M. Mental Health Problems Faced by Healthcare Workers Due to the COVID-19 Pandemic – A Review. *Asian Journal of Psychiatric*, Amsterdam, n. 51, Jan. 2020.
- SOARES, M. de S. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 407-438, 2001. DOI: 10.1590/S0104-59702001000300006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000300006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2021.
- TONELLI, B. *et al.* Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018.
- VALENTE, J. Lei da telemedicina completa um ano ainda com desafios. *Agência Brasil*, Brasília, DF, 24 abr. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-04/lei-da-telemedicina-completa-um-ano-ainda-com-desafios>. Acesso em: 30 jun. 2021.



16

OS AVANÇOS TECNOLÓGICOS NA MEDICINA CONTEMPORÂNEA

Bárbara Victória Peixoto Lima da Costa

Debora Jamile Pereira da Silva

Hederson Gabriel Santos de Jesus

Laisse Antonia Cardoso de Souza

Larissa Alves Fernandes

Mileide Souza Lima de Almeida

INTRODUÇÃO

A prática e necessidade do cuidado é algo que sempre existiu na humanidade, mas em diversificadas formas, realidades, contextos e significados. Permeando tais práticas existiam variadas técnicas que se distinguiram, em complexidade, por exemplo, ao longo da história. Antes, porém, de conhecer o panorama dos

avanços tecnológicos na Medicina ao longo da história, precisamos entender em que consiste o termo tecnologia.

Etimologicamente, a palavra tecnologia possui origem grega, sendo formada por *tekne*, que significa “arte, técnica ou ofício”, e por *logos* que, dentre muitos dos seus significados, refere-se a “conjunto de saberes”. No entanto, diversas interpretações do termo são encontradas, variando de acordo com a aplicação que se dá a ele. Temos o conceito mais instrumental e aquele mais cultural de tecnologia, sendo que o primeiro enfatiza o processo do “fazer/construir” algum recurso ou instrumento, enquanto o último enfatiza os processos humanos envolvidos na criação e utilização das coisas materiais, o que inclui a concepção da ideia e dos conhecimentos precedentes. (SCHATZBERG, 2018)

Nesse sentido, temos a conceituação desenvolvida por Emerson Elias Merhy (2002) de tecnologia leve, leve-dura e dura. Segundo essa conceituação, podemos considerar todas as conquistas e inovações no aprendizado biológico e médico, ao longo da história, como tecnologias, especialmente na classificação leve-dura, que remete à construção do conhecimento por meio de saberes estruturados. Assim como também podemos considerar os avanços tecnológicos materiais da Medicina ao longo do tempo como tecnologia dura nessa classificação, que remete à utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos.

A partir disso, podemos começar a pensar nas tecnologias que já foram e são usadas na Medicina como meios de cuidado da saúde e da doença. Recordamos mais facilmente dos avanços ocorridos principalmente nos séculos XIX, XX e XXI, como a invenção das vacinas, o desenvolvimento de máquinas que realizam exames de imagem, a elaboração de técnicas cirúrgicas manuais e robóticas. Contudo, graças a estudos de arqueólogos, paleontólogos e historiadores, muitos registros das sociedades e de suas práticas, inclusive médicas, podem ser acessados e utilizados para termos um panorama de como a tecnologia foi mudando durante a história da Medicina.

Há indícios, por exemplo, que por volta de 3000 a.C. fungos e ervas já eram utilizados com fins medicinais. (MARCO et al., 2009) No “Tratado do Diagnóstico e Prognóstico Médico”, registrado em escrita cuneiforme, há diversas listas de alimentos que eram usados em tratamentos pelas sociedades mesopotâmicas. (PORTER, 1997) No século XV a.C., a sociedade egípcia já produzia próteses de membros. No final do século passado, pesquisadores que trabalhavam em uma tumba encontraram uma prótese de dedo egípcia, considerada a mais antiga já descoberta. Bastante requintada e com ótimo acabamento de madeira revestido por couro, sabe-se que a prótese pertenceu a uma mulher. Além disso, foi produzida a partir de um ótimo conhecimento técnico e da anatomia humana, tanto para aparência quanto para a mobilidade, uma vez que era articulada. (MIRANDA, 2020)

Data de 1550 a.C. o “Papiro de Ebers”, que continha 20 metros de comprimento e foi assim denominado em homenagem ao egiptólogo alemão Georg Moritz Ebers que o descobriu em 1860. O Papiro de Ebers é o mais longo e antigo papiro médico já encontrado. Ele trata de dezenas de doenças e propõe remédios, incluindo feitiços e encantamentos, para 15 doenças do abdómen, 29 dos olhos e 18 da pele, além de enumerar 21 tratamentos para a tosse. São referidos cerca de 700 medicamentos e 800 fórmulas, principalmente ervas, mas também remédios minerais e animais. (PORTER, 1997)

Durante sua ascensão, a sociedade grega contava com curandeiros e sacerdotes que empregavam adivinhação e remédios naturais como práticas de cuidado. Eram famosos os santuários gregos de cura, centros de grande importância na prática médica, que conciliavam a visão sobrenatural com a visão naturalista. (PORTER, 1997) Hipócrates, considerado o “pai da Medicina”, era um asclepiade, ou seja, membro do grupo que praticavam a Medicina e se considerava filho de Asclépio, hoje considerado deus grego da Medicina. A ele foram atribuídos mais de 60 tratados médicos, cujo conjunto ficou conhecido como “Corpo Hipocrático”. Neles, Hipócrates buscou explicar as doenças com base em causas naturais e ressaltava a importância da natureza para a cura, desvincilhando-se assim das explicações sobrenaturais que predominavam nas práticas de cuidado na Grécia. Para tal, Hipócrates elaborou a teoria do sistema humoral, que foi a primeira formulação racional da qual se tem registro para o estudo das doenças, e que marcou o exercício da Medicina por séculos. A compreensão, no entanto, da anatomia profunda e dos processos vivos dependia fortemente da observação da dissecação animal, pois proibia-se que o corpo humano fosse submetido a esses processos. (MARCO et al., 2009; PORTER, 1997)

Os anos 200 a.C., durante a dinastia Han, na China, foram o período de formação do cânone médico que constitui a base teórica para a alta tradição médica clássica e que deveria servir de molde para as doutrinas e desenvolvimentos médicos subsequentes. A teoria clássica da Medicina chinesa enxerga o corpo como uma entidade física que está sujeita aos processos naturais. Já em aproximadamente 280 d.C., Wang Shu-Ho no livro *Mei Ching (Livro do Pulso)* identificava cerca de 200 variedades diferentes de pulsos. (PORTER, 1997)

Apesar de a Idade Média ser referenciada, de modo errôneo, como a idade das trevas, muito conhecimento médico foi produzido durante esse momento. No início desse período, século V, dentro dos mosteiros na Europa Ocidental, os monges responsáveis por cuidar dos doentes seguiam unindo a fé com o conhecimento que já havia sido registrado em obras hipocráticas e galênicas. (PORTER, 1997) O século IX representou a “idade das traduções” dos textos médicos – 129 trabalhos de Galeno, por exemplo, foram traduzidos do grego para o árabe. O impacto dessas

traduções foi enorme para a prosperidade da região. Galeno, inclusive, se tornou a principal figura da Medicina árabe. (PORTER, 1997) Muhammad ibn Zakariya al-Razi foi um médico e filósofo muçulmano persa. Ele escreveu o Livro Mansuriano de Medicina, um manual de dez livros, abordando Anatomia, Fisiologia, diagnósticos, terapia, técnicas cirúrgicas e patologia. (PORTER, 1997)

Durante os séculos XIII e XIV, as primeiras descrições de óculos e armações começam a aparecer. Com o crescimento e sofisticação das cidades na Europa, os médicos, cirurgiões e farmacêuticos precisaram começar a se organizar em associações, conforme responsabilidades, habilidades e permissões para determinadas práticas. (PORTER, 1997) Guido Lanfranchi, de Milão, escreveu *Chirurgia magna*, uma expansão do seu mais popular *Chirurgia parva*. O livro foi traduzido para o francês, italiano, espanhol, alemão, inglês, hebraico e holandês. Era dividido em diversas seções: princípios gerais, anatomia, embriologia, úlceras, fístulas, fraturas e luxações, calvície e doenças da pele, flebotomia, escarificação, cauterização etc. (PORTER, 1997) Em 1315, foi realizada, por Mondino de Luzzi, em Bolonha, a primeira dissecação pública, que se tem conhecimento, de um corpo humano. (PORTER, 1997)

Em meados do século XIV, a “grande peste”, também conhecida como peste negra, assolou a Europa, matando cerca de 20 milhões de pessoas em três anos. Diante das incertezas e observações da doença, procurando proteger-se com vestidos de couro compridos, luvas e máscaras com focinhos recheados de ervas aromáticas, os médicos recomendavam que tochas fossem acesas e cômodos fossem fumegados com madeira aromática ou vinagre. (PORTER, 1997)

Nos séculos XV e XVI, a invenção da imprensa contribuiu para a maior reprodução e difusão dos livros médicos. (PORTER, 1997) Um dos maiores hospitais existentes na época, o Hotel Dieu, em Paris, contava com uma equipe médica que incluía um farmacêutico, vários assistentes e mulheres no papel de cirurgiãs. (PORTER, 1997) Esse foi o período em que Andreas Vesalius publicou *De humani corporis fabrica*, uma obra que incluiu grandes aspectos da anatomia humana, com mais de 300 ilustrações. Ao estudar cadáveres humanos, Vesalius rompeu a tradição galênica gerando interpretações que diferiam daquelas contidas nos ensinamentos de Galeno sobre o tema. (MARCO et al., 2009)

Ainda durante a Idade Moderna, o cirurgião Ambroise Paré, um dos mais aclamados do período do renascimento, publicou uma obra na qual propunha novas formas de se tratar ferimentos de bala. Os novos métodos baseavam-se, entre outras coisas, no uso de um cautério (ferro em combustão) ou do óleo de escaldadura, que, segundo o médico, preveniam a putrefação do tecido e deveriam ser utilizados antes de se iniciar a terapia restaurativa. Os métodos restaurativos utilizavam uma substância feita de ovo, óleo de rosas e terebintina. (PORTER, 1997)

Gabriele Fallopio e William Harvey também publicaram suas obras nesse período. O primeiro, autor de *Observationes anatomicae*, descreveu estruturas do ouvido interno, das artérias carótidas, dos músculos da cabeça, do pescoço e do olho, além das tubas uterinas, que ficaram conhecidas como “trompas de Falópio” em referência ao seu nome. (PORTER, 1997) Através do método de investigação científica e do auxílio de referenciais e métodos matemáticos, Harvey estabeleceu alguns dos princípios da circulação do sangue. (MARCO et al., 2009)

Em 1618, a *Pharmacopeia Londinensis* foi a primeira coletânea de receitas químicas de remédios publicada na Inglaterra, e incluía 122 preparações químicas. Seus 2.140 remédios abarcavam pastilhas secas de víbora, pulmões de raposa, rãs vivas, óleo de lobo e olhos de caranguejo. (PORTER, 1997) Em 1721, o cirurgião Charles Maitland realizou a primeira inoculação de um vírus em uma criança de cinco anos de idade. Décadas depois, em 1796, Edward Jenner inoculou pus da pústula de uma pessoa infectada com varíola bovina também em uma criança, descobrindo assim a vacina antivariólica. (REZENDE, 2009)

Já no século XIX, foi proposta a chamada Teoria Celular, que dizia que todo ser vivo era formado por células. (MENEGUETTI; FACUNDO, 2014) Em 1858, Rudolf Virchow, patologista alemão, publicou o livro *Celular Pathologie*, no qual defendia a célula como a unidade básica da vida. Virchow defendia que células iguais procedem de uma mesma fonte, seja normal ou patológica. A obra foi um divisor de águas no pensamento médico por sobrepor a teoria dos quatro humores. (REZENDE, 2009) No final do Novecentos, a radiação ionizante, raio-X, foi descoberta por Wilhelm Conrad Röntgen – físico, docente da Universidade de Würzburg na Bavária, Alemanha. A primeira radiografia foi tirada um mês após o achado, em 22 de dezembro. Tal descoberta concedeu ao físico alemão o Prêmio Nobel em Física em 1901. (ARRUDA, 1996; VICENTE, 2021)

Na Bahia, a radiografia foi utilizada por Alfredo Brito como ferramenta essencial na localização de projéteis que estavam alojados nos combatentes da guerra de Canudos. Brito obteve destaque nacional por seu trabalho com tema dos raios-X. Era graduado pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) e foi o primeiro a fazer uso da radioscopia no Brasil. (SOUZA; GARCIA; JACOBINA, [200-]; VICENTE, 2021)

Em meados do século XX, James Dewey Watson e Francis Harry Compton Crick descreveram as disposições químicas dos componentes do DNA e apresentaram o modelo de dupla hélice como resultado de sua análise, o que lhes assegurou o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1962. (MENEGUETTI; FACUNDO, 2014) O prêmio deveria ter sido dividido com a cientista Rosalind Franklin, mas sua contribuição para a descrição da estrutura do DNA demorou décadas para ser reconhecida, e Franklin faleceu antes disso.

Em 1972, foi apresentado, no Congresso Anual do British Institute of Radiology, o primeiro protótipo de tomógrafo desenvolvido. A ideia que levou a criação da máquina foi lançada em 1960 e desenvolvida gradativamente. No desenvolvimento do equipamento os principais envolvidos foram Godfrey N. Hounsfield e Allan M. Comarck, que receberam o Prêmio Nobel de Medicina em 1979. (CARVALHO, 2007) Cinco anos depois, foi instalado o primeiro tomógrafo no Brasil, no Hospital da Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência, em São Paulo. Nesse mesmo ano foi também instalado um tomógrafo na Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro. (CARVALHO, 2007)

No fim do século XX e início do século XXI diversas outras tecnologias foram incorporadas ao cenário médico, que foi se tornando cada vez mais capaz de produzir máquinas que auxiliam diagnóstico, intervenções cirúrgicas etc. Diante disso, é perceptível que o avanço da tecnologia colaborou significativamente para o avanço da Medicina em si e, por conseguinte, para o bem-estar de parte da população. Em seguida, falaremos um pouco sobre o desenvolvimento de tecnologias e teorias médicas no Brasil. Escolhemos para isso dois exemplos que consideramos icônicos, as pesquisas sobre o zika vírus e a covid-19.

OS AVANÇOS TECNOLÓGICOS E O ZIKA VÍRUS

O zika vírus (ZIKV) é transmitido por mosquitos do gênero *Aedes*. Foi descoberto em macacos no ano de 1947, em Uganda, na Floresta do Zika, e identificado em humanos em 1952. (DICK; KITCHEN; HADDOW, 1952) Contudo, a identificação no Brasil foi realizada pelo pesquisador e doutor em virologia, Gúbio Soares Campos,¹ no estado da Bahia, para a qual contribuíram diversos avanços tecnológicos. Em entrevista concedida aos autores deste capítulo, o dr. Gúbio relatou que, no ano de 2015, entre fevereiro e março, surgiram notícias de que indivíduos estavam apresentando manchas vermelhas no corpo, associadas a febre e dor de cabeça, em vários estados do Nordeste. As pessoas estavam aflitas e tudo era uma grande incógnita. O Ministério da Saúde enviou equipes de profissionais para investigar este surto que, ao chegar a Pernambuco, causou ainda mais alarme. O governo declarou, juntamente com a Secretaria de Saúde e o Ministério da Saúde, que se tratava de um tipo de dengue atípico. O pesquisador conta que no mês de março, assistiu a reportagens que retratavam a revolta da população de Camaçari, devido

1 Doutor em Virologia pela Universidad de Buenos Aires (2000). É farmacêutico da Universidade Federal da Bahia (UFBA), professor de Microbiologia e coordenador do Laboratório de Virologia do Instituto de Ciências da Saúde (UFBA).

à alta ocorrência de casos. e acusava a Empresa Baiana de Águas e Saneamento (Embasa) de que a água estava contaminada.

Nesse contexto, o médico infectologista Antônio Carlos Bandeira convocou dr. Gúbio e sua equipe para pesquisar a fundo o quadro patológico. O dr. Gúbio pediu que Bandeira coletasse amostras de pacientes em estado agudo, isto é, com três dias de sintomas. No laboratório da Universidade Federal da Bahia (UFBA), extraiu-se o RNA das amostras de soro dos pacientes, e através da técnica de reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa (RT-PCR) realizou-se análises para detecção de dengue, chikungunya, west nile, mayaro e zika vírus. (CAMPOS; BANDEIRA; SARDI, 2015)

O dr. Gúbio comentou que associou as fotos dos pacientes do dr. Bandeira com um trabalho que tinha lido na revista *Emerging Infectious Diseases*, que abordava um caso de ZIKV em outro país, com fotos muito semelhantes, e isso foi um gatilho para que pensasse no ZIKV. As amostras foram positivas para o vírus em abril de 2015. Ele comentou sobre os resultados com um amigo também médico, o dr. Eduardo Oliveira, que os encaminhou para o Ministério da Saúde. O órgão entrou em contato com o dr. Gúbio e solicitou suas amostras para enviar a um laboratório de referência, a fim de oficializar tudo. Dias depois, o ministro da saúde confirmou que havia uma epidemia de zika vírus no Brasil.

Ressalta-se que Bourdieu (2001) traz a ciência como um processo de construção, que permite descobertas dependentes das condições sociais que lhes engendram. Nesse sentido, é válido trazer a fala do dr. Gúbio: “*Eu sofri um pouco de perseguição, porque quando eu disse dos resultados positivos, saiu uma nota no Correio da Bahia, onde personagens importantes da saúde, que não se identificam, diziam que eu tinha me confundido, que aquilo não era zika vírus, que não era verdade*”, mostrando, portanto, um descrédito à sua descoberta.

Ademais, houve desafios quanto à falta de financiamento e apoio das autoridades – o próprio laboratório dirigido pelo dr. Gúbio se encontrava em péssimas condições. Enquanto isso, pesquisadores atrelados ao poder político, na época, receberam muitos benefícios. Ele destacou, inclusive, que uma pesquisadora publicou um artigo, como se fosse a primeira pessoa a identificar o ZIKV no Brasil e sem citá-lo no trabalho. Mas se conforta em saber que sua atuação ajudou muito no controle da doença no Brasil: “*Tenho a consciência de que a gente fez algo que marcou a história da ciência nesse país. E hoje o mundo inteiro conhece o zika vírus porque esse grupo pequeno aqui da Universidade Federal da Bahia teve a ousadia e a coragem de descobrir*”.

Depois da eclosão do surto, foi observado um aumento significativo de casos de microcefalia em Pernambuco e na Paraíba, casos esses que coincidiam com o apacescimento do surto de ZIKV. (BRASIL, 2017) Nesse sentido, o governo federal, junto

ao Ministério da Saúde, declarou emergência de saúde pública em âmbito nacional. (BRASIL, 2015) A disseminação do vírus foi ainda maior, chegando a diversos países. Considerando a gravidade das sequelas causadas e o padrão de distribuição geográfica das espécies de mosquitos que podem transmitir o ZIKV, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou Emergência Sanitária de Importância Internacional no início de 2016. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016)

O pesquisador acredita que muito se evoluiu em termos de diagnóstico e pesquisa, quando se correlacionou o ZIKV com a microcefalia. Destacou que o vírus atinge as células em formação do sistema nervoso, principalmente no primeiro trimestre de gravidez, quando os órgãos estão sendo formados, deixando sequelas irreversíveis. Os neurônios não conseguem se expandir e se multiplicar de forma perfeita. O dr. Gúbio participou de um estudo que, a partir da utilização de células progenitoras neurais humanas, derivadas de células-tronco pluripotentes induzidas, evidenciou que a infecção por ZIKV causa morte celular, por provocar anormalidades na divisão celular. (SOUZA et al., 2016) Para chegar-se a essas conclusões, realizou-se análises de imunofluorescência, citometria de fluxo, microscopia eletrônica, hibridização fluorescente *in situ* e análise RT-PCR, o que denota que esses avanços tecnológicos tiveram substancial relevância para essas descobertas, e, conseqüentemente, para o avanço da Medicina.

O pesquisador explicou que, mesmo após o terceiro trimestre de gestação, se a mulher está infectada pelo ZIKV, apesar deste não causar mais a microcefalia, outras células do sistema nervoso central do bebê podem ser afetadas e levar a criança a apresentar futuramente problemas de audição e doenças ligadas à cognição e interação. Os homens que foram acometidos pelo vírus, devem evitar relação sexual sem preservativo, uma vez que o agente consegue permanecer durante 6 meses no sêmen. Por meio de técnicas de isolamento viral, um estudo relatou a persistência viral de três anos após o início dos sintomas, mostrando que seres humanos podem ser considerados, portanto, potenciais reservatórios virais. (CAMPOS et al., 2020)

A respeito do diagnóstico, o dr. Gúbio novamente mencionou diversas tecnologias indispensáveis, como o RT-PCR, a análise do líquido, do líquido amniótico e a ultrassonografia. No entanto, o médico aponta que há uma grande dificuldade em determinar se as proteínas detectadas correspondem ao vírus da dengue ou do zika, visto que os *kits* diagnósticos ainda não possuem a precisão necessária para diferenciá-los. Ademais, há possibilidade de formação de imunidade em pessoas que já contraíram a doença, pois estudos têm demonstrado que a presença de anticorpos é permanente.

Os sistemas de informação em saúde buscam adquirir o conhecimento que fundamentará a gestão dos serviços, apresentando-se como ferramentas tecnológicas importantes para avaliação e controle de casos. (BRASIL, 2009) O dr. Gúbio

salientou o papel essencial da Epidemiologia nesse sentido, uma vez que, com um estudo retrospectivo, foi possível descobrir a já referida relação entre o ZIKV e a microcefalia. Além disso, chamou atenção para a importância da especialidade na promoção de estudos, identificação de surtos que aconteceram no passado e, principalmente, no controle de futuras epidemias.

O pesquisador enfatizou também que, no Brasil, deve-se seguir rigorosamente as medidas sanitárias e de higiene da população, provendo-as com condições dignas de habitação, água encanada, e outras formas de se controlar o mosquito. Uma outra medida seria a vacina, que já está sendo desenvolvida. Ele explicitou que a vacina contra o coronavírus foi desenvolvida muito rapidamente em comparação com a vacina contra o ZIKV. Isso ocorreu, segundo o médico, principalmente por conta de interesses econômicos, uma vez que muitos países irão comprar os imunizantes contra a covid-19, mas não o contra o zika. O dr. Gúbio explicitou que, de todo modo, o Brasil tem uma significativa e importante estrutura para o desenvolvimento de imunizantes, por conta das universidades públicas e de cientistas preparados, mas ressaltou que o que realmente falta é o interesse político. O médico também salientou a importância de se estimular o interesse de jovens pelas ciências de um modo geral, em prol do crescimento da sociedade, sendo essencial que parte das novas gerações se dedique à carreira científica.

A IMPORTÂNCIA DOS AVANÇOS TECNOLÓGICOS E DAS PESQUISAS RELACIONADAS À VACINA NO COMBATE À COVID-19

A busca pela erradicação de uma doença é mediada pelos contínuos esforços de prevenção. A varíola é uma doença infectocontagiosa, que é marcada desde os primórdios como uma doença com altas taxas de mortalidade, tendo se originado, possivelmente, na Índia ou no Egito, há mais de 3 mil anos. (BAZIN, 2000; BRIMNES, 2004; DOWDLE, 1998; FITCHETT, 1995) A varíola se espalhou por todo o globo e se tornou objeto de estudo de muitos cientistas que tinham o intuito de mitigar a virulência da doença.

O fazendeiro Benjamin Jesty, pecuarista inglês, em 1774, realizou um experimento com a inoculação de material da varíola bovina em sua esposa e seus dois filhos. A inoculação feita pelo fazendeiro é hoje entendida como um processo no qual, ao se injetar partículas do agente infeccioso em um indivíduo saudável, induz-se uma resposta imunológica que, muitas vezes, pode prevenir a doença ou mitigar sua agressividade. (BRIMNES, 2004)

Como já mencionado, em 1796, Edward Jenner utilizou pústulas bovinas para se obter resultados semelhantes aos do fazendeiro Jesty. Seus experimentos resultaram na prevenção da doença em humanos com a inoculação do vírus da

variola bovina. (JENNER, 1802) A descoberta de Jenner marcou profundamente a história da variola e das vacinas – o episódio relatado é hoje considerado como um dos principais pontapés iniciais para as práticas de vacinação. Jenner não detinha o conhecimento a respeito da origem do agente etiológico e nem acerca do mecanismo de ação da sua vacina. A vacina continuou sendo estudada pelo campo científico após a descoberta de certos micro-organismos por Robert Koch e Louis Pasteur, trazendo à luz as causas biológicas de certas doenças infecciosas. (ROSENDO, 2016)

Pasteur trabalhou com a atenuação de micro-organismos em laboratório através de secagem, aquecimento e exposição ao oxigênio e inserindo suas amostras em diversos hospedeiros animais para acompanhar o desenvolvimento dos patógenos. A bactéria causadora da cólera das galinhas foi o primeiro micro-organismo a ser atenuado por Pasteur e a primeira vacina desenvolvida para humanos foi contra o vírus da raiva. Apesar dos riscos contidos na utilização da vacina antirrábica seu uso se popularizou na sociedade e muitas pessoas de diferentes localidades se dirigiam até Pasteur para utilizarem do recurso terapêutico. (ROSENDO, 2016)

A partir desse mecanismo de atenuação do micro-organismo tentou-se desenvolver diversas vacinas para minimizar o impacto do agente quando em contato com o ser humano – alguns exemplos são, o antraz, a difteria e o tétano. (DE GREGORIO; RAPPUOLI, 2014) Desse modo, ficou evidente que para fabricar uma vacina era necessário conhecer o agente etiológico, isolar, inativar e injetar o próprio micro-organismo ou a toxina produzida por ele em animais e, posteriormente, em seres humanos. (DE GREGORIO; RAPPUOLI, 2014)

Em 1930, foram desenvolvidas vacinas contra o vírus da gripe, introduzindo-se uma nova tecnologia para a elaboração dos imunizantes: a cultura de ovos embrionados, uma metodologia utilizada ainda na atualidade. (DE GREGORIO; RAPPUOLI, 2014) Em 1949, tivemos um novo avanço tecnológico, que se utilizou da cultura de células para cultivar vírus *in vitro*, surgindo novas vacinas contra sarampo (KATZ et al., 1960), rubéola (PLOTKIN, 2006a) e caxumba. (HILLEMANN et al., 1968) Na década de 1960, foram desenvolvidas vacinas contra a varicela zoster (WEIBEL et al., 1984), rotavírus (PLOTKIN, 2006b) e outros vírus da influenza. (HALL; DOUGLAS; FRALONARDO, 1975)

O IMPACTO DA COVID-19 E OS AVANÇOS TECNOLÓGICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA VACINA

Em dezembro de 2019, foram detectados sintomas semelhantes aos da pneumonia aguda na população de Wuhan, na China. (ZHOU et al., 2020) Foram feitas análises laboratoriais e identificada, através de tecnologia de sequenciamento de

genoma, uma nova variante de coronavírus, nomeada de Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) e a doença foi denominada covid-19. (SU; DU; JIANG, 2020; ZHOU et al., 2020)

O SARS-CoV-2 demonstrou um grande potencial de transmissão, gerando impactos sociais, econômicos, científicos, tecnológicos e políticos. Em julho de 2019, foram confirmados 186.459.999 casos da doença, sendo notificados 4.024.998 óbitos por covid-19 no mundo. (RITCHIE et al., 2021) Este vírus mobilizou diversas instâncias da sociedade, gerando uma comoção global que intentava prevenir e limitar a propagação do vírus. (LUPIA et al., 2020) Foram desenvolvidas diversas tecnologias para diagnóstico e cobertura clínica para o isolamento e tratamento da doença. Além disso, houve grande mobilização científica com propósito de esclarecer os mecanismos celulares do vírus, que pudessem auxiliar a elaboração de medicamentos e vacinas. (RABI et al., 2020)

O método de prevenção eficaz para conter o vírus é a vacinação, uma vez que o SARS-CoV-2 tem grande potencial infectocontagioso, gerando grande propagação em âmbito mundial. O desenvolvimento de vacinas contra a covid-19 está sendo orientado a partir de diversas tecnologias, que incluem a manipulação de ácidos nucleicos (DNA e RNA), partículas similares ao vírus, vetores replicantes e não replicantes, peptídeos, proteínas recombinantes, atenuação do vírus vivo atenuado e inativado, que propiciam avanços no desenvolvimento de futuros imunizantes. Estas tecnologias são utilizadas nos cenários oncológicos, mas estão sendo exploradas para o desenvolvimento de vacinas com intuito de ampliar a velocidade de produção e fabricação destas. (TUNG et al., 2020)

As vacinas que estão em desenvolvimento, precisam passar por testes para serem disponibilizadas para o público. Essas vacinas são avaliadas meticulosamente em laboratórios e em animais de laboratório e por último são aplicados testes clínicos em humanos. A importância de se ter vacinas com tecnologias diferentes possibilita maiores chances de sucesso no desenvolvimento de um imunizante seguro e eficaz. Suas diferenças são constituídas a partir do método de utilização do material viral, podendo ser utilizado o vírus inteiro, apenas algumas partes do vírus ou somente seu material genético, que irão fornecer subsídios para ativação do sistema imunológico. Segundo dados da OMS (2021), o número de vacinas em desenvolvimento clínico é de 108 e o número de vacinas em desenvolvimento pré-clínico é de 184.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é atualmente reconhecida como Patrimônio Nacional da Saúde no nosso país. (VALVERDE, 2021) A instituição foi fundada em 1900, com o nome de Instituto Soroterápico Federal, localizado na fazenda de Manguinhos e tendo Oswaldo Cruz como seu diretor técnico. Esse cenário mudou dois anos depois, com a ascensão do sanitarista ao cargo de diretor

geral do instituto. Oswaldo Cruz teve ativa participação na reforma sanitária no Rio de Janeiro – capital federal à época – atuando, no combate à varíola, à peste bubônica e à febre amarela. Ademais, cabe salientar que Oswaldo Cruz, ainda em 1903, foi nomeado diretor geral de Saúde Pública pelo então presidente Rodrigues Alves. (LUGAR..., 2017)

Assim, sua atuação foi permeada por diversos avanços tanto na saúde pública nacional, quanto no instituto, a exemplo da construção do complexo de obras arquitetônicas que fazem parte do cenário histórico de Manguinhos, do biotério para pequenos animais e do Castelo Mourisco. Em razão de sua grande dedicação, o Instituto Soroterápico Federal, que em 1907 havia passado por uma mudança de nome para Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, foi batizado, em 1908, como Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Nesse mesmo ano, houve a primeira concessão de patente à Manguinhos, em razão do desenvolvimento da vacina contra a peste da manqueira (carbúnculo sintomático).

Entre 1909 e 1916, destaca-se a criação de um periódico que publicava pesquisas nacionais e internacionais e o reconhecimento internacional do instituto pela descoberta da doença de Chagas. Infelizmente, Oswaldo Cruz precisou se afastar do instituto em 1916, quando assumiu o cargo de prefeito em Petrópolis e seu quadro de insuficiência renal agravou-se. No ano seguinte, o IOC e o Instituto Vacínico do Rio foram unificados, transformando o IOC no produtor da vacina contra a varíola em 1922. Carlos Chagas foi nomeado diretor da instituição em 1920 e, em 9 de maio de 1925, Albert Einstein visitou o local, o que demonstra a relevância da produção científica brasileira, bem como seu reconhecimento no cenário internacional. Em 1937, a Fundação Rockefeller inaugurou dentro do IOC o Laboratório de Serviço Especial de Profilaxia da Febre Amarela. Hoje, o IOC faz parte da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, a Fiocruz, que produz o correspondente a 80% das doses do imunizante contra a doença no mundo. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, [2021]) Nos anos seguintes, novos ambientes de pesquisa foram incorporados à Fiocruz, como o Núcleo de Pesquisa da Bahia, que passou a ser denominado Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz.

Atualmente, a Fiocruz ampliou seu destaque nacional e internacional através de sua atuação diante do enfrentamento da covid-19, sobretudo, em vista da produção de imunizantes. A tecnologia e o empenho da fundação lhe garantiram a nomeação como referência da OMS no combate à covid-19 nas Américas. A instituição também desenvolve o monitoramento dos casos da doença por meio do Monitoracovid, mapeamentos e outras pesquisas que levam à população informações confiáveis. Além de capacitar profissionais, a Fiocruz, ligada ao Ministério da Saúde, tem se engajado na busca por respostas rápidas e resolutivas. Assim, notam-se sua importância e destreza em atender às necessidades de saúde da

população quando também ressalta como a saúde deve ser discutida e vista na perspectiva da coletividade. A Fiocruz evidencia, ao longo de sua história, como as tecnologias e inovações conseguem auxiliar a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, [2021])

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É essencial contemplar que a Medicina, desde os primórdios da humanidade até os dias atuais, jamais se estagnou. Mesmo adotando conceitos amplamente aceitos e modos de atuação – de certa forma – padronizados, não há um momento histórico em que não se contemple uma parcela de inovação a ser inserida na prática médica. Instituições brasileiras, como a Fiocruz e a FMB, são protagonistas em diversas inovações e na aplicação das tecnologias em investigações médicas.

Diante de tantos avanços na ciência e em outras áreas do conhecimento, é evidente que o futuro da Medicina está diretamente atrelado à crescente tecnificação dos seus instrumentos de trabalho. No entanto, mais que um esforço para se atualizar e saber lidar com o aparato que vem surgindo, os profissionais da saúde precisam estar atentos para que o aperfeiçoamento trazido pelo constante contato com as máquinas não o deixe menos sensíveis ao lidar com os outros seres humanos.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, W. O. Wilhelm Conrad Röntgen: 100 anos da descoberta do Raio-X. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 525-531, 1996.

BAZIN, H. *The Eradication of Smallpox: Edward Jenner and The First and Only Eradication of A Human Infectious Disease*. San Diego: Academic Press, 2000.

BOURDIEU, P. *Science de la science et reflexivité*. Paris: Raison d’agir, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde: volume 1: produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf. Acesso em: 1 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 nov. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html. Acesso em: 1 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms>.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf. Acesso em: 29 ago. 2021.

BRIMNES, N. Variolation, Vaccination and Popular Resistance in Early Colonial South India. *Medical History*, London, v. 48, n. 2, p. 199-228, Apr. 2004.

CAMPOS, G. S.; BANDEIRA, A. C.; SARDI, S. I. Zika Vírus Outbreak, Bahia, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, v. 21, n. 10, p. 1885-1886, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4593454/>. Acesso em: 2 set. 2021.

CAMPOS, G. S. *et al.* New Challenge for Zika Virus Infection: Human Reservoirs? *Viral Immunology*, New York, v. 33, n. 6, p. 489-492, July 2020. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/vim.2019.0187>. Acesso em: 2 set. 2021.

CARVALHO, A. C. P. História da tomografia computadorizada. *Revista da Imagem*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 61-66, 2007. Disponível em: <http://www.imaginologia.com.br/download/upload%20historia/Historia-da-Tomografia-Computadorizada.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

DE GREGORIO, E.; RAPPUOLI, R. From Empiricism to Rational Design: A Personal Perspective of The Evolution of Vaccine Development. *Nature Reviews Immunology*, London, V. 14, n. 7, p. 505-514, 2014.

DICK, G. W. A.; KITCHEN, S. F.; HADDOW, A. J. Zika virus (I): Isolations and Serological Specificity. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, Oxford, v. 46, n. 5, p. 509-520, Sept. 1952. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035920352900424>. Acesso em: 12 set. 2021.

DOWDLE, W. R. The Principles of Disease Elimination and Eradication. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 76, supl. 2, p. 22-25, 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2305684/>. Acesso em: 20 set. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Linha do tempo*. Rio de Janeiro, [2021]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo>. Acesso em: 27 set. 2021.

HALL, C. B.; DOUGLAS JR, R. G.; FRALONARDO, S. A. Live Attenuated Influenza Virus Vaccine Trial in Children. *Pediatrics*, Elk Grove Village Il, v. 56, n. 6, p. 991-998, 1975. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1196767/>. Acesso em: 26 set. 2021.

HILLEMANN, M. R. *et al.* Vacina viva atenuada contra o vírus da caxumba. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 278, n. 5, p. 227-232, 1968. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM196802012780501>. Acesso em: 26 set. 2021.

JENNER, E. *An Inquiry Into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae: A Disease Discovered in Some of the Western Counties of England, Particularly Gloucestershire, and Known By The Name of the Cow Pox*. Springfield: Reimpresso para Dr. Samuel Cooley, por Ashley & Brewer, 1802. Disponível em: <http://resource.nlm.nih.gov/2559001R>. Acesso em: 21 set. 2021.

KATZ, S. L. *et al.* Estudos sobre uma vacina atenuada contra o vírus do sarampo: resumo geral e avaliação dos resultados da vacinação. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 263, n. 4, p. 180-184, 1960. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM196007282630408>. Acesso em: 26 set. 2021.

(UM) LUGAR para a ciência nacional. *Revista de Manguinhos*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 42-43, 2017. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/revistaManguinhos/revistademanguinhos37.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

LUPIA, T. *et al.* Surto de novo coronavírus de 2019 (2019-nCoV): um novo desafio. *Jornal de Resistência Antimicrobiana Global*, Amsterdam, v. 21, p. 22-27, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213716520300503>. Acesso em: 15 set. 2021.

MARCO, M. A. *et al.* A medicina da pessoa: as dimensões humanas da educação médica e a construção do conhecimento. In: MARCO, M. A. *et al.* (org.). *Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 229-231.

MENEGUETTI, D. U. de O.; FACUNDO, V. A. Vírus ser vivo ou não? Eis a questão! *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, RS, v. 4, ano, n. 1, p. 1, jan./mar. 2014.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 2002. p. 113-150.

MIRANDA, F. A prótese de dedo de três mil anos. *Socientífica*, Criciúma, SC, 17 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Vacinas para a covid-19*. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>. Acesso em: 17 set. 2021.

PLOTKIN, Stanley A. New Rotavirus Vaccines. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, Baltimore, v. 25, n. 7, p. 575-576, 2006b. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16804424/>. Acesso em: 26 set. 2021.

PLOTKIN, S. A. A história da vacinação contra rubéola e rubéola levando à eliminação. *Doenças Infecciosas Clínicas*, Chicago, v. 43, supl. 3, p. S164-S168, 2006a. Disponível em: https://academic.oup.com/cid/article/43/Supplement_3/S164/288915. Acesso em: 26 set. 2021.

PORTER, R. *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the present*. London: HarperCollins, 1997.

REZENDE, J. M. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. (História da Medicina, v. 2). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

RITCHIE, H. *et al.* Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World in Data*, Oxford, 2021. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Acesso em: 15 set. 2021.

ROSENDO, T. G. *Louis Pasteur: um humanista do século XIX*. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2016. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5518/1/PPG_25850.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

SCHATZBERG, E. *Technology: Critical History of a Concept*. Chicago: University of Chicago Press, 2018.

SOUZA, B. S. F. *et al.* Zika Virus Infection Induces Mitosis Abnormalities and Apoptotic Cell Death of Human Neural Progenitor Cells. *Scientific Reports*, [s. l.], v. 6, n. 1, Dec. 2016. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/srep39775#citeas>. Acesso em: 4 set. 2021.

SOUZA, A. T. de; GARCIA, C. C. M.; JACOBINA, R. R. *Alfredo Thomé de Britto: o médico, o professor, o diretor*. [Salvador], [200-]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/26>. Acesso em: 29 jul. 2021.

SU, S.; DU, L.; JIANG, S. Learning From the Past: Development of Safe and Effective COVID-19 Vaccines. *Nature Reviews Microbiology*, London, v. 19, n. 3, p. 211-219, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41579-020-00462-y>. Acesso em: 12 set. 2021.

VALVERDE, R. Fiocruz recebe título de Patrimônio Nacional da Saúde. *Agência Fiocruz de Notícias*, Rio de Janeiro, 5 maio 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-recebe-titulo-de-patrimonio-nacional-da-saude>. Acesso em: 8 ago. 2021.

VICENTE, G. C. M. *Wilhelm Röntgen e a descoberta dos raios X: aspectos da história da ciência nos livros didáticos em ensino de Física*. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Física) – Departamento Acadêmico de Física, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2021. Disponível em: <http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/26882>. Acesso em: 20 set. 2021.

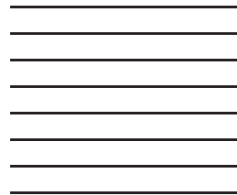
TUNG, T. Le. *et al.* The COVID-19 Vaccine Development Landscape. *Nature Reviews Drug Discovery*, London, v. 19, n. 5, p. 305-306, 2020.

WEIBEL, R. E. *et al.* Live Attenuated Varicella Virus Vaccine: Efficacy Trial in Healthy Children. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 310, n. 22, p. 1409-1415, 1984. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM1984053113102201>. Acesso em: 26 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Director-General Summarizes the Outcome of The Emergency Committee Regarding Clusters of Microcephaly and Guillain-Barré Syndrome*. Geneva, Feb. 2016. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/01-02-2016-who-director-general-summarizes-the-outcome-of-the-emergency-committee>

regarding-clusters-of-microcephaly-and-guillain-barr%C3%A9-syndrome. Acesso em: 30 jul. 2021.

ZHOU, F. *et al.* Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult Inpatients With COVID-19 in Wuhan, China: a Retrospective Cohort Study. *The Lancet*, London, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620305663>. Acesso em: 15 set. 2021.



17

BIOÉTICA E JUDICIALIZAÇÃO DA MEDICINA

Manuelle de Souza Barreto

Mariana Moura Costa

Tomaz Mattedi Carvalho

Vanessa Catarine da Silva

Vinicius Santos Pereira Moreira

Silvio Romero da Silva Laranjeira Junior

Camila Vasconcelos de Oliveira

INTRODUÇÃO

Nos registros das primeiras civilizações, a prática da arte de curar estava vinculada a concepções místicas, nas quais as doenças eram compreendidas a partir do controle de forças divinas. A partir do Iluminismo, houve uma alteração de tal paradigma: existiu uma proeminência do cientificismo em detrimento da perspectiva mística-religiosa sobre a cura. Nesse contexto, a imagem do curador – agora

não mais o religioso, e sim o médico – passou a ser associada à figura de um indivíduo intelectual, filósofo, culto, conhecedor da alma e do corpo. (OLIVEIRA, 2017)

Nessa conjuntura, foi atribuído ao médico o poder de julgar o que seria bom ou ruim para seu paciente, demonstrando um caráter paternalista da relação. Dessa maneira, o paciente não tinha a possibilidade de escolha sobre a condução da terapêutica, restando a ele o papel de agente passivo. (LOPES, 2009; MARQUES FILHO, 2011)

Por conseguinte, a detenção da habilidade de curar, seja ela pautada por meios religiosos ou científicos, promoveu o surgimento de uma relação social entre uma classe, que domina o saber sobre o corpo humano – o médico –, e as pessoas por ela cuidadas – os pacientes. Essa interação se sustenta em pilares desiguais, principalmente, no tocante a tomada de decisões. (OLIVEIRA, R., 2017)

Devido à complexidade dos múltiplos aspectos presentes na referida relação, torna-se necessário garantir a interlocução entre esses autores, na garantia de seus direitos e deveres, considerando, primeiramente, a dignidade humana e o valor à vida. Desta forma, o surgimento da bioética, como um campo interdisciplinar que associa o conhecimento científico e humanístico na Medicina e na saúde, contribui expressivamente na compreensão desses fenômenos. (GOLDIM, 2006; OLIVEIRA, R., 2012)

Com a crescente demanda e realização de novos procedimentos, técnicas e métodos invasivos e não invasivos no tratamento das doenças, bem como o desenvolvimento de pesquisas científicas, ocorreram mudanças de paradigmas relacionadas ao cuidado do paciente. Nesse contexto, a bioética, por meio de seus princípios, desempenha um papel fundamental para assegurar o respeito à vida humana, a proteção do paciente e do profissional médico, além de prevenir possíveis conflitos existentes entre esses atores. (SILVA-FILHO, 2017; ZANELLA, 2018)

Quando não é possível prevenir tais conflitos, por não haver um diálogo equânime, há a necessidade de trazer um terceiro elemento neutro para a discussão: o poder judiciário. Nesse contexto surge a judicialização da Medicina, que pode se apresentar em dois cenários diferentes e concomitantes: o primeiro em que o paciente tenta garantir seus direitos e interesses e outro em que há uma busca exacerbada desse mecanismo. Em luz do segundo cenário, há um movimento da classe médica em tentar se resguardar de possíveis processos judiciais e das conseqüentes demandas indenizatórias. (OLIVEIRA, C., 2017)

Dessa forma, o presente capítulo visa apresentar a complexidade da judicialização vinculada a relação médico-paciente e a importância de compreender como o acesso à informação e a bioética podem influenciar nesse fenômeno.

AS RELAÇÕES DE PODER ENTRE PACIENTES E MÉDICOS

A Medicina desde quando era considerada apenas uma arte, pautada no misticismo e na religiosidade, até seu reconhecimento enquanto ciência, enfrentou mudanças que influenciaram diretamente na relação entre médicos e pacientes. Contudo, apesar da dicotomia encontrada quanto aos ritos e obrigações de ambas as partes, observa-se um padrão predominante no qual a figura de quem cura se sobrepõe sobre a de quem é curado, fato esse denominado “assimetria da relação médico paciente”.

A dissertação a respeito de tal tema se pauta na investigação das causas fomentadoras de tal situação. Sendo assim, define-se que deter o poder é a chave para se sobrepor nessa relação. Todavia, a detenção do poder permeia muito mais do que a simples relação de causalidade e consequência que culmina nos processos de adoecimento. Para deter o poder, o indivíduo dominante deve se mostrar apto a aderir a esse papel na relação.

Desse modo, a análise dos processos de dominação e entrega da saúde aos trabalhos de terceiros, deve se pautar na confiança que a técnica ou ritual empregado irá sanar as necessidades múltiplas, de várias naturezas, sejam elas de cunho religioso ou científico.

As relações de poder entre médicos e pacientes são descritas como de múltiplas faces ao longo da história. Segundo Veatch (1972), há basicamente quatro modelos de se compreender a relação médico e paciente: sacerdotal, colegial, engenheiro e contratualista. O modelo sacerdotal se baseia em uma condição de exploração da submissão do paciente em função da decisão do médico, como se esse último assumisse uma postura paternalista para com os enfermos em sua responsabilidade, já que possuem pouco envolvimento na tomada das decisões e baixo acesso às informações acerca de suas condições de saúde. O modo colegial, por sua vez, é marcado pela igualdade na tomada de decisões, no qual o médico e o paciente partilham do poder com amplo envolvimento por parte do paciente no que se refere ao seu estado e conduta. Desse modo, esse modelo de relação abarca uma espécie de desligamento da relação médico-paciente, com uma maior simetria, se equiparando a uma relação entre indivíduos comuns. (GOLDIM; FRANCISCONI, 1998; VEATCH, 1972)

Em contrapartida, no modelo engenheiro, o paciente é o detentor do poder de decisão. O médico é visto como uma figura de autoridade, porém exerce o papel de apenas repassar informações ao paciente e acatar as decisões tomadas por este. O modelo contratualista tem como base uma troca de informações entre o médico e o paciente, em que o médico continua como figura de autoridade e detentor de

conhecimento, porém o paciente possui participação ativa na tomada de decisões. (GOLDIM; FRANCISCONI, 1999; VEATCH, 1972)

Desse modo, observa-se que, independentemente da forma como fora adotada essa relação, o médico ainda é visto como detentor do conhecimento, o profissional que guia as tomadas de ação, ou simplesmente tem o poder de apresentar as condutas a serem seguidas. Com isso, mesmo com a autonomia total do paciente, como no modo engenheiro, a vontade do paciente é soberana dentro dos limites das condutas terapêuticas e diagnósticas apresentadas pelo profissional médico. Assim, a autonomia do paciente se estende até onde vai o conhecimento deste sobre seu estado, sendo tal conhecimento, em todas as relações, oriundo do médico.

PODER E INFORMAÇÃO

Para compreender de que forma a detenção da informação se configura como a base da assimetria na relação do médico em função do paciente, é necessário entender que o porte do poder implica no controle sobre a vida dos corpos biológicos. Tal como se evidencia em Foucault (1999, p. 286), “O direito de vida e de morte só se exerce de uma forma desequilibrada, e sempre do lado da morte. O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar”.

Sendo assim, como o médico toma para si o conhecimento sobre a vida, este personifica a figura representada por esse termo sendo capaz de apaziguar com o poder adquirido o medo representado pela morte.

De modo etiológico, a palavra paciente advém do grego *pathe* que significa “sofrer”. Assim, paciente significaria “aquele que sofre”. Dessa maneira, o médico como detentor do conhecimento de cura é impelido e autorizado socialmente a liderar a tomada de decisões sobre os corpos de seus pacientes. Esse caráter de liderança é apresentado por Agamben (2007, p. 149): “[...] Soberano é aquele que decide sobre o valor ou sobre o desvalor da vida enquanto tal”.

Conforme disserta Foucault (1979), a Medicina surge como instrumento de dominação de modo que ditará as regras para a manipulação das ações coletivas que irão refletir nas ações individuais, tendo o médico e sua relação com seus pacientes como o pilar central para a formação de uma política maior. Conferir valor às vidas humanas torna a Medicina socialmente considerada como um parâmetro de avaliação para governos a partir do momento que o controle dos corpos é um objeto de dominação cobiçado pelo aparato estatal.

São esses fenômenos que se começam a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora,

a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população [...]. (FOUCAULT, 1999, p. 291)

Nesse sentido, a legitimação governamental do papel do médico atribui a esse profissional uma característica extra de validação de sua posição assimétrica na qual os indivíduos conferem o poder sobre sua saúde com a confiança do aval estatal. Tal como se observa em Agamben (2007, p. 150), “Médicos e soberanos parecem trocar seus papéis”. Assim, o médico passa a ter uma maior legitimidade para decidir sobre os indivíduos sob a sua “tutela”.

Essa relação de poder é evidenciada no estudo antropológico realizado por Moreira e Biehl (2005) em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral que possui aparato tecnológico de alto valor em uma cidade do Nordeste do Brasil. O estudo demonstra a atribuição de valor feita pelos médicos sobre a vida dos pacientes e, conseqüentemente, as práticas adotadas por esses profissionais. Nesse sentido, eles definiam quais pacientes mereciam uma atenção especial em relação ao tempo cedido pelo médico para o tratamento e no acesso aos equipamentos da UTI.

O estudo chega a evidenciar que essa prioridade cedida pelos médicos era baseada em estatísticas relacionadas ao diagnóstico, mas também à intuição do profissional responsável. Uma das práticas médicas onde fica evidente essa relação de poder, é a do paciente “SPE”. Segundo o estudo, essa prática se trata da informação passada em troca de plantões onde afirmam que um paciente é “SPE”: “Se Parar, Encene”. Tal nomenclatura refere-se aos pacientes em que existe possibilidade de morrer no plantão seguinte e, caso isso ocorra, o médico plantonista deve encenar uma reanimação somente por fins de resguardo médico a fim de evitar ação judicial por parte da família do paciente. (MOREIRA; BIEHL, 2005, p. 25)

Diante disso, é possível perceber o paradoxo em que práticas como a eutanásia são recusadas pelos profissionais, o simples ato de deixar o paciente morrer e apenas encenar uma reanimação é praticado mesmo sendo algo não retratado no Código de Ética Médica. Os exemplos citados só reafirmam o médico como detentor do poder e a assimetria dessa relação médico-paciente.

A BIOÉTICA NA COMPREENSÃO DESSE FENÔMENO

O exercício da Medicina desde os primórdios reúne um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos intrinsecamente relacionados ao serviço à humanidade. Hipócrates, um médico grego referido como “o pai da medicina ocidental”, pos-

sivelmente escreveu o “Juramento de Hipócrates”, um documento datado do século V a.C. O escrito hipocrático é um jurado solene que explicita os princípios que sustentam uma prática médica honesta e responsável. Embora antigo, tal juramento ainda soa contemporâneo por possuir em seu conteúdo pontos importantíssimos que criam um diálogo entre o campo da ciência e das humanidades. (MACHADO FILHO, 2016; ZANELLA, 2018)

As diferenças consideráveis entre as abordagens, o foco e os objetos de estudos da ciência e das humanidades que pareciam irreconciliáveis, não impediram que as intervenções científicas e suas complexidades provocassem reflexões sobre as questões éticas que permeiam tais práticas. A crescente demanda na construção de uma ponte entre esses campos culminou no surgimento da bioética.

O neologismo “bioética” reúne a palavra “bio” (do grego *bios*, “vida”) e a palavra “ética” (do grego *ethos*, “caráter, modo de ser”). O termo bioética foi empregado pela primeira vez em 1927, num periódico alemão publicado pelo teólogo alemão Paul Max Fritz Jahr, num contexto de admissão de obrigações éticas com quaisquer seres vivos existentes. Cerca de 43 anos depois, o professor, bioquímico e pesquisador Van Rensselaer Potter II utilizou o termo numa perspectiva de integrar uma interface entre a ciência – em especial, a biologia – e as humanidades. Porém, anos depois, Potter apresentou a bioética como uma área interdisciplinar e ampla que possuía o objetivo de repensar os meios de criação e produção do conhecimento científico e humanístico na Medicina e na saúde, além de incorporar conceitos ecológicos a essa discussão. (DINIZ; GUILHEM, 2012; GOLDIM, 2006; JUNQUEIRA, 2007; ZANELLA, 2018)

Potter é considerado pela comunidade científica como “o pai da bioética” e desenvolveu uma máxima que norteou sua concepção de bioética: “Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável”. (JUNQUEIRA, 2007, p. 2) O contexto de surgimento e ampliação da concepção de bioética acompanhou o avanço tecnocientífico das décadas de 1970 e 1980 e as discussões a respeito de seus impactos na humanidade e na natureza, abordados a partir da interseção da ciência, filosofia e da ética aplicada desenvolvida por essa área emergente. (JUNQUEIRA, 2007; ZANELLA, 2018)

Dentre alguns conceitos, a bioética pode ser definida como uma área do conhecimento que objetiva a indicação dos limites e das finalidades das intervenções realizadas pelo homem sobre a vida humana, de forma geral, e, também, do indivíduo em particular, identificando e denunciando os riscos de suas aplicações. Para além disso, é importante ressaltar que não apenas a vida é seu objeto de estudo, mas também a morte – visto que esta é inerente à vida. Desta forma, o grande escopo desse campo permite e necessita de uma abordagem interdisciplinar que

possibilite a correlação da ética e os campos que se relacionam com o cuidado da vida. (GOLDIM, 2006; OLIVEIRA, R., 2012; ZANELLA, 2018)

O respeito aos padrões éticos e a garantia de respeito à dignidade humana são aspectos primordiais a serem considerados nas questões de saúde e devem permear a prática médica na relação do profissional com os pacientes, bem como com seus pares. Nesse contexto, a bioética se torna fundamental como norteadora dessas boas práticas e auxilia na prevenção de conflitos – sejam eles judiciais ou não – por meio da aplicação de seus princípios e estudos.

OS PILARES DA BIOÉTICA NA MEDICINA

A evolução constante da tecnologia e da própria Medicina, ao longo da história da humanidade, inaugurou uma série de novos procedimentos, técnicas e métodos invasivos e não invasivos no tratamento de doenças, além da realização de pesquisas científicas e gerou mudanças de paradigmas que envolvem o cuidado do paciente. Nesse contexto, tornou-se necessário que tais intervenções possam ser avaliadas a partir também dos princípios bioéticos, visando o respeito à vida humana, a prevenção de possíveis conflitos e a proteção não apenas do paciente, mas também do profissional médico. (NEVES; SIQUEIRA, 2010; OLIVEIRA, R., 2012)

Existem quatro princípios bioéticos e estes são considerados como igualmente importantes, não sendo possível hierarquizá-los segundo alguns autores contemporâneos. São eles: a beneficência, não maleficência, respeito à autonomia e justiça. De forma simplificada, a beneficência norteia a busca pela maximização do benefício e minimização de quaisquer formas de danos ou riscos ao paciente. A não maleficência relaciona-se a prudência e a expressão em latim *primum non nocere* (antes de tudo, não fazer mal) associada a seu conceito. O princípio do respeito à autonomia expressa que convém ao paciente a decisão acerca da submissão ou não às práticas terapêuticas ou diagnósticas, exceto em situações de risco de morte. Por fim, o princípio da justiça trata sobre a igualdade e equidade na oferta do cuidado, associando-se também ao respeito previsto no princípio da autonomia. (PENNA et al., 2012; SILVA-FILHO, 2017)

Segundo Silva-Filho (2017), dentre os princípios bioéticos, apenas o princípio da autonomia não é contemplado no Juramento de Hipócrates. No Brasil, o Código de Ética Médica em vigência apresenta inúmeros capítulos em que é possível perceber a presença de todos os princípios bioéticos como norteadores da prática médica em todas suas dimensões, seja no âmbito do ensino, da pesquisa ou em qualquer outra atividade em que se utilize o conhecimento da Medicina. (JUNQUEIRA, 2007; NEVES; SIQUEIRA, 2010; SILVA-FILHO, 2017)

Ainda no cenário nacional, para além dos princípios básicos da bioética, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio do Código de Ética Médica também apresenta outros princípios e valores associados à bioética que contribuem para o exercício da Medicina humanizada e centrada no paciente, sem deixar de considerar a proteção do profissional médico, a exemplo do reconhecimento da dignidade humana, a civilidade e a responsabilidade.

O enfrentamento das questões éticas que surgem no exercício da Medicina pode ser facilitado e compreendido a partir da ótica da bioética, embora seja fundamental ressaltar que é preciso que haja uma compreensão individual e coletiva a respeito dos fenômenos que surgem ao passo da evolução natural da humanidade, da tecnologia, das relações de poder existentes na sociedade como um todo e da própria Medicina.

Considerando o exposto, pode-se perceber que a presença constante da bioética e de seus estudos nas faculdades de Medicina e em cursos e capacitações destinada aos médicos atuantes é fundamental, visto que os dilemas éticos e bioéticos não são estáticos.

A BUSCA DA SIMETRIA NESSA RELAÇÃO

A bioética relaciona-se diretamente com as noções de ética, humildade, responsabilidade e a competência interdisciplinar e a intercultural no tocante às ações que envolvem a relação médico-paciente e o cuidado. Como fundamento básico, como visto em seus princípios, a bioética enfatiza o valor à vida humana em toda a sua complexidade e subjetividade. (GOLDIM, 2006)

Devido à importância da tratativa das questões éticas suscitadas pelas práticas médicas e suas aplicações em cada indivíduo, surgiu a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, um importante documento aprovado em unanimidade dos 191 países presentes na 33ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO, no ano de 2005. Tal documento apresenta em seu escopo de atuação dois pontos de extrema relevância para assegurar e ampliar a abrangência dos princípios bioéticos:

- a) A Declaração trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais.
- b) A presente Declaração é dirigida aos Estados. Quando apropriado e pertinente, ela também oferece orientação para decisões ou práticas de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas. (UNESCO, 2005, art. 1)

Os princípios da declaração apresentam, para além dos princípios bioéticos, temas de suma importância como o respeito à dignidade humana, aos direitos humanos e as liberdades fundamentais, à autonomia e responsabilidade individual, ao consentimento e proteção especial a indivíduos sem a capacidade para consentir, ao respeito pela vulnerabilidade humana, pela integridade individual, pela diversidade cultural e ao pluralismo, além de tratar da privacidade e confidencialidade das informações concedidas pelos indivíduos. (JUNQUEIRA, 2007; UNESCO, 2005)

Observar tais princípios, além de buscar atuar em concordância com o Código de Ética Médica no contexto brasileiro, são necessários para que seja possível construir uma relação entre o profissional médico e o paciente, bem como os seus colegas de profissão. Contudo, para tratar dessas relações é preciso considerar que são necessárias outras competências indispensáveis como o exercício constante da escuta e o desenvolvimento de habilidades interpessoais de comunicação, por exemplo, visto que a construção da confiança, o compartilhamento da responsabilidade e exercício pleno da autonomia no processo de tomada de decisões por parte do paciente e outras questões como adesão a tratamentos, podem ser influenciadas diretamente pela qualidade da comunicação entre o médico e o paciente. (D'AVILA, 2010; NEVES; SIQUEIRA, 2010; OSSWALD; NEVES, 2007)

A postura profissional adequada diante do paciente, sua família e a equipe de saúde, a prática da humanização e do acolhimento e os temas que envolvem a necessidade de esclarecimento, privacidade, sigilo e consentimento são apenas alguns exemplos de desafios éticos difíceis e constantemente presentes na relação médico-paciente e precisam ser enxergadas e enfrentadas pela ótica dos fundamentos bioéticos e, sobretudo, percebidos como uma responsabilidade coletiva e individual. (COSTA; AZEVEDO, 2010; JUNQUEIRA, 2007; OLIVEIRA, R., 2012)

Para além do exposto, o fomento da empatia e de outras capacidades são relevantes na prática médica cotidiana e deveriam ser constantes, inclusive desde o período de início da formação médica. Os aspectos subjetivos relacionados às emoções e a personalidade, assim como os valores morais e éticos de cada indivíduo não podem ser excluídos ou desconsiderados quando a relação médico-paciente está em análise, pois antes de ser um profissional, o médico é também um ser humano, da mesma forma que o paciente é muito mais do que alguém que necessita apenas da cura.

UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA DA JUDICIALIZAÇÃO DA MEDICINA

Segundo Pinheiro (2017), a judicialização da Medicina é um fenômeno de grande proporção, que vem sendo endossado em todo o mundo e já faz parte da realidade

brasileira. Se configura na busca do poder judiciário pelos pacientes, englobando questões oriundas dos conflitos de relação assistencial médico-paciente, sendo o litígio a ferramenta principal para resolução desses conflitos, justificando o aumento do número das demandas judiciais. (CAMBRICOLI, 2015; CAMPOS; CAMARGO; NEVES, 2016)

Na Antiguidade, por não haver recursos técnicos para explicar os fenômenos relacionados à saúde do corpo, a visão mística-religiosa era a causalidade possível para justificar as enfermidades. (OLIVEIRA, M., 2013) O médico, era a figura mediadora entre o doente e os deuses e buscava nos erros cometidos pelo paciente a provável causa das moléstias, e evocando as divindades míticas pediam pela restauração da sua saúde. Mesmo com uma assimetria nítida nesta relação, na qual o médico é o único capaz de se comunicar com os deuses, ela se consagrava pelo diálogo investigativo beira leito, pela escuta atenta em busca de provas do erro ocorrido e na procura da cura. (OLIVEIRA, C., 2017)

A luz sobre o raciocínio lógico e o afastamento da causalidade das doenças por entidades divinas ocorreu ainda na Antiguidade, através de Hipócrates. A racionalidade está no centro dessa nova perspectiva, onde o ambiente e as condições de vida das populações interferiam diretamente na situação de saúde dos indivíduos. Através de técnicas interrogatórias a relação médico-paciente se tornou mais próxima e íntima, possibilitando uma investigação detalhada da vida do paciente e realizando descobertas de fatos naturais que explicassem o seu adoecimento. (OLIVEIRA, C., 2017)

O cuidado paternalista é trazido por Hipócrates e expresso em seu juramento: *“Aplicarei os regimes para o bem do paciente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém”*. (CREMESP, 2001) Apesar de zelar pelo bem do paciente e da ética, potencializa a assimetria da relação através da exclusividade das tomadas de decisões terapêuticas ao médico e na afirmativa do poder por ser o único detentor do saber, como descreve Silva (1998, p. 85): *“o paternalismo é o resultado do caráter assimétrico da relação médico-paciente, caracterizada pela fragilidade do paciente e pela força do médico”*.

Na Idade Média houve variações sobre as causalidades das doenças, inicialmente relacionadas ao pecado e a provações divinas para se alcançar o estado de graça através da fé cristã. Os atos médicos neste momento foram questionáveis, sendo considerados meios que poderiam induzir a falta de fé. (ENGELHARDT JR., 1998) Contudo, após uma época, onde a população sofreu com grandes transtornos à saúde, como a peste bubônica, o médico e suas atividades passaram a ser vistos como criação divina e verdadeiros instrumentos de Deus para alcançar a cura. (OLIVEIRA, C., 2017)

Em um momento posterior, ainda na Idade Média, houve a retomada da literatura antiga e o início do movimento de distanciamento das questões religiosas como fonte das enfermidades e a aproximação da chamada “humanidade”, proporcionando a valorização da percepção e vontade humana, sendo as ações dos indivíduos responsáveis por suas condições de saúde. Desta forma, a Medicina amplia seus conhecimentos e se volta novamente à técnica do interrogatório defendida por Hipócrates.

As ideias Iluministas na Idade Moderna possibilitaram um distanciamento da ideologia cristã, enaltecendo a humanidade, a consciência e a individualidade dos indivíduos como centrais nos processos sociais, como por exemplo os de saúde e doença. A Medicina avançou seus conhecimentos através da lógica e da razão, e aos poucos o paciente passou a ser visto como ser consciente da sua condição, singular e capaz de participar do processo de cura. Contudo nas camadas populares a dependência aos ideais religiosos e crenças perduraram, mantendo a relação médico-paciente inalterada. (OLIVEIRA, C., 2017)

O ambiente hospitalar, antes conectado ao cristianismo é considerado um local para descanso e espera da morte, neste momento é visto como centro de cura e terapêutica, o que mais a frente se transformaria no modelo hospitalocêntrico, tendo o médico como a peça central no cuidado. (OLIVEIRA, M., 2013)

A influência do positivismo na Medicina, se concretizou através da racionalização do estudo em busca de formas objetivas para entender os fenômenos em conformidade com a realidade. O hospital como centro de cura, passa a ter um papel fundamental na transformação do saber médico, sendo capaz de operacionalizar, registrar e acumular dados objetivos, transformando o indivíduo em objeto do saber médico, podendo ser estudado de forma individualizada em um espaço limitado e disciplinar, bem como as populações se tornam alvos de intervenções médicas através da tecnologia hospitalar. (FOUCAULT, 1979)

A relação médico-paciente passa a ser modificada, se tornando individualizada, sistemática e categorizada, favorecendo o desenvolvimento do poder científico do médico, aliado ao surgimento de diversas especialidades médicas, que corroboram para uma análise fragmentada do paciente, que deixa de ser um ser singular para se tornar um objeto de estudo, impondo um grande distanciamento entre os sujeitos. A inclusão de tecnologia, inovações e intervenções para diagnóstico e tratamento dos doentes, reforçou a ideia de assimetria na relação entre médicos e pacientes, a tornando distante, objetiva e observacional. O médico passa a obter o prestígio e o reconhecimento do saber científico, sobre as doenças e tratamentos, mas há o afastamento das subjetividades e singularidades de cada doente, os invisibilizando. (OLIVEIRA, M., 2013; OLIVEIRA, C., 2017)

O distanciamento entre os sujeitos foi legitimado ao passar dos anos e perdura no século XXI, sendo a figura do poder médico muito presente e imponente, alimentando-se de um *status* de superioridade. Nota-se uma mecanização e sistematização dos atos médicos, sendo estes praticados com paciente beira leito ou em consultas clínicas. A falta de comunicação e a privação de informações sobre o curso da doença e as possíveis formas de tratamento têm como consequência o excesso do uso tecnológico, de intervenções e procedimentos muitas vezes invasivos, a fim da busca incessante por um diagnóstico exato e unifatorial.

O progresso técnico-científico, mesmo trazendo inovações e descobertas importantíssimas para a ciência e a Medicina, também possibilitou e legitimou em nome da ciência barbaridades praticadas por médicos contra a dignidade humana, ao exemplo do nazismo – não sendo este o último. O desenfreado uso da tecnologia, associado a visão de objetificação dos corpos e o distanciamento da singularidade do indivíduo, trouxe luz ao malefício do uso da ciência omissa a ética e a importância de medidas contrárias afim de regulamentar e frear atividades maléficas a humanidade. (OLIVEIRA, M., 2013)

O “Código de Nuremberg” (1947), a “Declaração Universal dos Direitos Humanos” (1948) e a “Declaração de Helsinque” (1964) são documentos que emergem de um pensamento político e social de consciência individual e coletiva, que atestam a necessidade do respeito mútuo, igualdade de direitos entre todos e a proteção da vida e à dignidade humana. (OLIVEIRA, M., 2013)

Ainda no século XX, a relação entre médicos e pacientes ganha uma nova faceta a luz da defesa dos direitos civis, em que o paciente tem o direito de obter as informações necessárias sobre a sua condição de saúde, participar do processo de tomada de decisões sobre o curso terapêutico e manter uma comunicação direta com o médico, tendendo a retomada de sua autonomia como sujeito, principalmente em relação às individualidades. (OLIVEIRA, M., 2013)

Contudo, o poder do discurso científico médico institucionalizado denota um ar de autoridade, perpetuação e credibilidade em detrimento do discurso do paciente, advindo do saber popular e das suas próprias experiências, que não possui valor verídico no meio científico. Uma nova vertente vem permeando a prática médica a fim de horizontalizar essa relação e diminuir o abismo entre os sujeitos, a chamada “humanização”. Apesar dos avanços ocorrerem a passos lentos e a assimetria ser persistente, a humanização preconiza a escuta ativa ao paciente, dando voz e incluindo suas expectativas e pontos de vista na busca diagnóstica e na escolha de possíveis tratamentos, bem como valorizar o saber popular como fonte de conhecimento e do saber. (OLIVEIRA, C., 2017)

Ao longo da história é possível perceber que a relação entre médicos e pacientes foi ditada e construída assimetricamente pelos ideais sóciopolíticos de

cada época, desde o enaltecimento do médico como um ser único capaz de falar com os deuses, ao paternalismo e invisibilidade do paciente, até as tentativas de horizontalidade desta relação que surgem incansavelmente ao longo dos tempos. Desta forma, é possível fazer uma correlação com o crescente fenômeno da judicialização médica, no qual os pacientes utilizam o poder judiciário como ferramenta de comunicação com o médico, a fim de responsabilizá-los ético-legalmente e judicialmente, uma vez que essa relação é verticalizada e não há um diálogo e escuta mútua.

RESPONSABILIDADE ÉTICO-LEGAL DO MÉDICO

A institucionalização do saber científico trouxe ao médico a responsabilidade pelo seu discurso e atos, exigências em prestações de contas e atribuições burocráticas para dar uma resposta efetiva e verídica a sociedade, a qual tem-se colocado cada vez mais consciente do seu papel político, reivindicando seus direitos no processo do cuidado.

Em busca de se fazer concretizar esta responsabilidade perante a sociedade e os pacientes, a judicialização da Medicina surge como um terceiro sujeito na relação entre médico e paciente. Através do poder judiciário, visa-se estabelecer um diálogo e tomar uma decisão para ambas as partes sobre um determinado conflito, como ocorre em todo ato litigioso, com a decisão de uma terceira pessoa imparcial, um juiz de direito.

Contudo, a supervalorização do poder científico, adquirido pelo médico em todas as esferas sociais, perpetua as hierarquias e aumenta os conflitos travados judicialmente pela assimetria da relação médico com paciente, sendo esta desequilibrada, uma vez que de acordo com as normas brasileiras, o discurso médico, sendo ele falado ou escrito possui grande peso e veracidade inquestionável até que se prove o contrário, principalmente através de documentos como atestados e prontuários. Já o discurso do paciente leigo sem poder científico é desvalorizado em um universo em que o discurso médico possui toda verdade objetiva e técnica. (OLIVEIRA, C., 2017)

No contexto da judicialização médica, o médico se torna réu de um processo e passa a responder e se responsabilizar judicialmente pela conformidade de suas ações, tornando frágil o discurso hierarquizado e irrefutável do poder médico, uma vez que este é posto em prova de veracidade e através do poder judiciário obrigado a cumprir com suas obrigações legais diante de demandas indenizatórias, em sua maioria no âmbito civil por conflitos no atendimento médico, causadores ou não de danos por erro culposos. (OLIVEIRA, C., 2017)

Como um fenômeno em crescimento, a judicialização médica tem imposto mudanças no comportamento médico, que tem se tornado cada vez mais defensivo. Um exemplo é o crescimento e a contratação de serviços de Seguro de Responsabilidade Civil Profissional Médico, que visa dentro de suas atribuições, a defesa médica em processos judiciais. (CARVALHO, 2019)

Extrai-se do Código de Ética da Medicina, no capítulo III, em seu art. 1º, a vedação ao profissional da saúde em causar dano ao paciente proveniente da imperícia, imprudência ou negligência, onde tal ato, quando praticado pelo médico, é configurado como crime culposo conforme leciona o art. 18, inciso II, do Código Penal Brasileiro.¹ (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019)

O “erro médico” – como é popularmente conhecido – é proveniente da negligência, imprudência ou imperícia e conseqüentemente leva o paciente, sofrendo do dano, a buscar por uma reparação e compensação do ato sofrido, sendo o Poder Judiciário a via mais eficaz, haja vista que o paciente pode ser equiparado ao consumidor e por sua vez o Código de Defesa do Consumidor entende como direito básico do consumidor através do art. 6º, inciso VII, que para facilitar a defesa do consumidor poderá inverter o ônus da prova em desfavor do fornecedor de serviços (o médico). (BRASIL, 1997)

Por outro lado, o profissional da saúde possui uma grande vantagem sobre o paciente durante o litígio, já que muitas das vezes a construção da instrução probatória se dá unilateralmente pelo médico, suposto causador do dano, por ser ele o detentor do prontuário médico e, às vezes, o único participante lúcido no momento do procedimento realizado, o que leva a sua palavra e o que foi escrito por ele a ser uma prova robusta para o julgamento definitivo do mérito. (BOLESINA; BONAMENTE; COLUSSI, 2021)

A INTERFERÊNCIA DA JUDICIALIZAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação de consumo intrínseca entre o médico e o paciente é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, no qual determina em seu décimo quarto artigo a presunção da culpa do médico por danos causados aos consumidores (pacientes) pela prestação de serviços. O paciente busca, por conseguinte, o poder judicial para a resolver as relações não consensuais na relação, anteriormente neste texto, classificada como assimétrica.

Conseqüentemente, o resultado esperado pela prática médica é a cura, no entanto a Medicina não pode ser vista como tendo essa obrigação do desfecho

1 “Crime culposo – inciso II: culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia”.

esperado pelo paciente, mas sim com a de meios, realizando sua prática com diligência, prudência e perícia. Vale ressaltar que o dever de indenizar o paciente deve-se ter um nexo causal, ou seja uma ligação da causa e de efeito, além de um dano efetivo (não suposto). (OLIVEIRA, C., 2017)

Todos esses fatos geram muitos casos de expectativas não correspondidas, alterando a relação médico-paciente por provocar um aumento exacerbado de processos contra médicos. Desse modo, com o ônus da prova a favor do paciente, os médicos ficam vulneráveis, o que os fazem terem práticas para se defender dessa situação.

VULNERABILIDADE MÉDICA E PRÁTICA DA MEDICINA DEFENSIVA

Atualmente, o estudo da judicialização da Medicina se depara com dois cenários que aparecem ao mesmo tempo: o primeiro, de uma tentativa de proteger os direitos e interesses do paciente, ao acionar o poder judiciário para a resolução de um conflito com um médico. O segundo é a busca exacerbada provocando demandas judiciais evitáveis. (OLIVEIRA, C., 2017)

Com o aumento do cenário desse último tópico – principalmente das demandas indenizatórias – se cria um medo nos profissionais em se tornarem réus, que está sendo intitulado como “Medicina defensiva”. Tal termo é definido como quando um médico faz um procedimento ou prescreve um tratamento apenas para evitar um litígio. (CAMPOS; CAMARGO; NEVES, 2016)

O fenômeno pode ser considerado positivo ou negativo, uma vez que os testes diagnósticos e procedimentos que não seriam normalmente indicados para a situação podem gerar três tipos de efeitos. Um deles, o mais provável, os testes resultarem em nenhuma anormalidade encontrada, significando uma possível desnecessidade deles. O outro, é quando se encontra algo anormal, no entanto, é um falso positivo ou um artefato de um exame, o que aumenta a quantidade de procedimentos e tratamentos subsequentes que poderiam ser evitados. Por fim, o único positivo, quando se evita tratamentos desnecessários pela certificação do diagnóstico. (SEKHAR; VYAS, 2013)

O excesso culmina, *a priori*, em custos aumentados em saúde afetando uma perspectiva individual e social, já que, em 2019, 71,5% dos brasileiros dependiam do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento. E em uma elevação dos riscos para o paciente, visto que nem todos os testes e/ou procedimentos são livres de complicações ou outras formas de riscos para o paciente. (IBGE..., 2020)

Minossi e Silva, em 2013, atribuíram o aumento da prática da Medicina defensiva também à falta de qualidade da formação médica no Brasil o que faz os recém-egressos das faculdades de Medicina fazerem uso de mais exames comple-

mentares requintados em detrimento ao exame físico e uma anamnese bem-feita. Este fato é corroborado pela pesquisa de Vale e Miyazaki, publicada em 2019. Esta determinou que no ano anterior o perfil de médicos que faziam uso ou não da “técnica” supracitada estava entre uma média de idade menor e com menos tempo de formação entre aqueles que praticavam a Medicina defensiva.

É importante também observar que alguns médicos se aproveitam para a requisição de procedimentos desnecessários não com o intuito defensivo, no entanto para aumentar sua remuneração. Essa prática é mais grave e odiosa, porém deve ser separada da Medicina defensiva. (MINOSSI; SILVA, 2013)

Por fim, a excessiva judicialização da Medicina fez os médicos portarem-se de forma mais defensiva e, conseqüentemente, leva a um grande risco de danos à saúde do paciente e do sistema de saúde como um todo.

CONCLUSÃO

A assimetria de poder presente na relação médico-paciente – sobretudo pela supervalorização do saber científico – é um fenômeno complexo e que precisa ser observado e analisado por um prisma interdisciplinar, considerando ainda as perspectivas históricas, antropológicas e judiciais da questão. Garantir os direitos e assegurar a autonomia dos pacientes, portanto, são apenas dois dos inúmeros fatores que precisam ser considerados nessa relação desigual, constituindo-se como um grande desafio contemporâneo.

O Poder Judiciário surge nesse contexto como um ente neutro dotado de capacidades para a resolução dos conflitos que, embora seja de grande valia, também apresenta suas limitações. Vale, ainda, salientar que o fomento de práticas médicas mais defensivas visando a redução da judicialização traz consigo inúmeras conseqüências negativas que não podem ser desconsideradas, como, por exemplo, o comprometimento da qualidade do serviço médico e o aumento dos custos em saúde para o paciente, e por conseqüência, para o sistema.

Desta forma, devido a relevância desse tema, suas inúmeras implicações e constantes mudanças da legislação e também da Medicina, é impossível esgotá-lo. Portanto, torna-se preciso o contínuo estudo sobre tal conteúdo ao passo da evolução inerente à humanidade e suas relações.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Tradução Henrique Burigo. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

BOLESINA, I.; BONAMENTE, J. M.; COLUSSI, J. Prontuário Médico do Paciente como prova no processo judicial de erro de Saúde. *Revista Acadêmica da Faculdade de Direito do Recife*, Boa Vista, v. 93, n. 1, p. 260-277, abr. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/ACADEMICA/article/view/249662/38241>. Acesso em: 6 ago. 2021.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 2.181, de 20 de março de 1997. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor - SNDC, estabelece as normas gerais de aplicação das sanções administrativas previstas na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, revoga o Decreto nº 861, de 9 julho de 1993, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 mar. 1997.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Recurso Especial nº 908.359 SC (2006/0256989-8)*. Recurso Especial. Ação DE Indenização. Responsabilidade Civil. Erro Médico. Negligência. Indenização. Recurso Especial. Relatora Nancy Andrichi. Brasília, DF, 17 dez. 2008. Disponível: <https://bit.ly/31o3kd8>. Acesso em: 20 jul. 2021.

CAMBRICOLI, F. Só 0,9% dos novos médicos de SP é negro. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 3 fev. 2015. Seção Saúde. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,so-0-9-dos-novos-medicos-de-sp-enegro,1628563>. Acesso em: 20 jul. 2021.

CAMPOS, R. A. de C.; CAMARGO, R. A. E.; NEVES, L. R. The Judicialization of the Medical Act. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 82, n. 1, p. 1-2, 2016.

CARVALHO, R. Seguro de responsabilidade civil profissional médico. *Jusbrasil*, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://rotiehmachado.jusbrasil.com.br/artigos/799886234/seguro-de-responsabilidade-civil-profissional-medico>. Acesso em: 6 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Código de ética médica*: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 Brasília: CFM, 2019.

COSTA, F. D. da; AZEVEDO, R. C. S. de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

D'AVILA, R. L. A ética médica e a bioética como requisitos do ser moral: ensinando habilidades humanitárias em medicina. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 18, n. 2, p. 311-327, 2010.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. *O que é bioética*. São Paulo: Brasiliense, 2012.

ENGELHARDT JR., H. T. *Fundamentos da bioética*. Tradução José A. Ceschin. São Paulo: Loyola, 1998.

FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (org.). *Iniciação à bioética*. Brasília, DF: CFM; 1998. p. 269-284.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. *Revista HCPA*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

IBGE aponta que 71,5% da população brasileira depende do SUS. *A Tarde*, Salvador, 4 set. 2020. Disponível em: <https://atarde.uol.com.br/saude/noticias/2137933-ibge-aponta-que-715-da-populacao-brasileira-depende-do-sus>. Acesso em: 20 jul. 2021.

JUNQUEIRA, C. R. Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios. In: RAMOS, D. L. de P. (ed.). *Fundamentos de odontologia: bioética e ética profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007. p. 22-34.

LOPES, F. F. A relação médico-paciente: entre a atenção e a incompreensão. In: FIGUEREDO, A. M. L.; ROBERTO, L. *Direito médico: implicações éticas e jurídicas na prática médica*. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2009. p. 59-81.

MACHADO FILHO, C. O juramento de hipócrates e o código de ética médica. *Residência Pediátrica*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 45-46, 2016.

MARQUES FILHO, J. Termo de consentimento livre e esclarecido na prática reumatológica. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 179-183, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000200007> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000200007&lng=en. Acesso em: 6 ago. 2021.

MOREIRA, E. C.; BIEHL, J. Práticas médicas de aceitação da morte na UTI de um hospital geral no Nordeste do Brasil. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 12, n. 1, p. 19-30, 2005.

MINOSSI, J. G.; SILVA, A. L. Medicina defensiva: uma prática necessária? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 494-501, 2013.

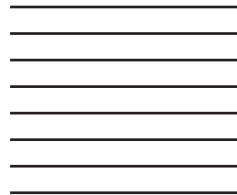
NEVES, N. M. B. C.; SIQUEIRA, J. E. de. A bioética no atual Código de Ética Médica. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 18, n. 2, p. 439-450, 2010.

OLIVEIRA, C. V. de. *Judicialização da medicina no Brasil: uma análise crítico propositiva de um problema persistente sob a ótica da bioética de intervenção*. 2017. Tese (Doutorado em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31962/5/2017_CamilaVasconcelosdeOliveira.pdf. Acesso em: 12 jul. 2021.

OLIVEIRA, M. S. de. *A judicialização da relação entre médico e paciente: uma breve reflexão em bioética e ética médica*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11548/1/Mariana%20Silva%20de%20oliveira.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

OLIVEIRA, R. A. de. Bioética. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 105-117, 2012.

- OSSWALD, W.; NEVES, M. do C. P. Bioética: para que serve? In: NEVES, M. do C.; OSSWALD, P. W. *Bioética simples*. Lisboa: Verbo, 2007. p. 67-102.
- PENNA, M. M. *et al.* Concepções sobre o princípio da não maleficência e suas relações com a prudência. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 20, n. 1, p. 78-86, 2012.
- PINHEIRO, R. de A. Os números da judicialização da medicina. *DireitoNet*, [s. l.], 9 maio 2017. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/10149/Os-numeros-da-judicializacao-da-medicina>. Acesso em: 6 ago. 2021.
- SEKHAR, M. S.; VYAS, N. Defensive Medicine: A Bane to Healthcare. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, [Enugu], v. 3, n. 2, p. 295-296, 2013.
- SILVA, F. L. e. Da ética filosófica à ética em saúde. In: FERREIRA, S. I. C.; OSELKA, G.; GARrafa, V. (coord.). *Iniciação à bioética*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 19-36.
- SILVA-FILHO, C. de S. M. Os princípios bioéticos. *Residência Pediátrica*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 39-41, 2017.
- TRIGUEIROS, E.D. e. As relações médico-paciente à luz do Código Brasileiro de Defesa do Consumidor. *Migalhas*, [s. l.], n. 5.432, 31 mar. 2005. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/11018/as-relacoes-medico-paciente-a-luz-do-codigo-brasileiro-de-defesa-do-consumidor>. Acesso em: 6 ago. 2021.
- UNESCO. *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Paris, 2005.
- VALE, H. M. do; MIYAZAKI, M. C. de O. S. Medicina defensiva: uma prática em defesa de quem? *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 27, n. 4, p. 747-755, 2019.
- VEATCH, R. Models for Ethical Medicine in A Revolutionary Age. *The Hastings Center Report*, Malden, v. 2, n. 3, p. 5-7, June 1972.
- ZANELLA, D. C. Humanidades e ciência: Uma leitura a partir da bioética de Van Rensselaer (V. R.) Potter. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 22, n. 65, p. 473-480, 2018.



18

A FORMAÇÃO CIENTÍFICA NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Caio José Torres Marques
Daniel Barroso de Andrade
Daniel Oliveira Medina da Silva
Gustavo Santos Araújo
Larrie Rabelo Laporte
Murilo de Souza Carneiro
Pedro Fernandes Abbade
Ângela Marisa de Aquino Miranda-Scippa

INTRODUÇÃO

O que é ciência? Nos dias atuais, este talvez seja um dos questionamentos mais necessários e controversos, simultaneamente. Uma breve busca na Enciclopédia Britannica sugere que a “ciência é qualquer sistema de conhecimento versado

sobre o mundo físico e seus fenômenos os quais estão vinculados a observações sistemáticas e livre de vieses”. (SCIENCE, [200-], tradução nossa) Embora correta, é possível inferir ainda que a ciência assume função como uma das formas de reconhecer e interpretar a realidade, fundamentada em pressupostos do método científico. Segundo Carl Sagan (1996), “A ciência é mais do que uma forma de conhecimento. É um modo de pensar; uma forma de interrogar, cética e criticamente, o universo com uma boa compreensão da falibilidade humana”.

Refletir sobre a definição de ciência é um excelente preâmbulo para refletir sobre suas disciplinas, como as ciências sociais e biológicas, já que detêm a mesma natureza primária: científica. Nesse sentido, no âmbito da Medicina, o termo “Medicina Baseada em Evidências” é um pleonasmo não apenas aceito, como necessário para rememorar a todos esse primeiro condicionante da Medicina moderna, uma vez que o exercício da Medicina apenas na história recentemente está atrelado ao paradigma científico.

A historiografia nos revela que as práticas de cura e as percepções de saúde e adoecimento estiveram associadas a outros sistemas lógicos e de crença em diferentes partes do planeta. (SCLIAR, 2007) Por exemplo, na América do Sul, especialmente na região que reconhecemos como a Bahia, os povos indígenas originários aqui presentes já possuíam práticas de cura únicas. Essas práticas diferiam daquelas propostas pela Escola de Cirurgia da Bahia, fundada séculos depois. Mas, por uma questão de terminologia e sem fazer juízo de valor, reconhecemos apenas os saberes e práticas vinculados à Escola de Cirurgia como Medicina.

Foram aos passos das revoluções científicas, especialmente aquelas do fim do século XVIII e século XIX, que as práticas de atenção à saúde começaram a convergir em direção ao paradigma científico. Como proposto por Pierre Bourdieu (1983), o progresso do campo científico está condicionado a uma dinâmica de disputa dos seus protagonistas. Precisamente sobre essa natureza de disputa, da possibilidade de falsear hipóteses, que as teorias e práticas historicamente convergiram para o método científico, que até então é o que orienta a Medicina moderna e a difere das demais formas, também válidas, de práticas de cura.

Ao remontar a história da universidade é possível concluir que sua consolidação como espaço livre do dogmatismo religioso e intervenção estatal foi um marco histórico e simbólico para o conhecimento. Portanto, as rupturas das ideias hegemônicas no passado, iniciadas por Francis Bacon em meados do século XVII junto a outros filósofos e cientistas, como Galileu Galilei e René Descartes, somam a tantas outras figuras para consolidar o espaço de liberdade de pensamento e de defesa da ciência que é a universidade. (SILVA, 2006)

Outra função da universidade é ser abrigo para o conhecimento. O resultado de pesquisas científicas e demais atividades realizadas pelo corpo estudantil e docente

gera uma grande quantidade de dados que são quase sempre abrigados na universidade, na forma de bibliotecas, memoriais e repositórios. Um exemplo desse papel é a Biblioteca Gonçalo Moniz que abriga hoje um acervo importante da produção científica médica baiana nos séculos XIX e XX. (TAMANO; ARAUJO, 2014)

Com a chegada da família real em 1808, houve a necessidade de se formar cirurgiões e parteiras no Brasil, e pela influência do médico José Correia Picanço, foi criada a primeira instituição de ensino superior na colônia, a Escola de Cirurgia da Bahia. (GUIMARÃES, 2021; NAGAMINI, 2004) Diferente do que se imagina, foi só com anos de amadurecimento e reforma do ensino médico que o fazer científico passou a ser também uma das preocupações da instituição. (NAGAMINI, 2004)

Historicamente, um marco fundamental do início da produção científica da Faculdade Baiana de Medicina (FMB) foi a criação da *Gazeta Médica da Bahia*, um periódico que tinha entre seus objetivos, nas palavras dos seus fundadores: “diffundir todos os conhecimentos que a observação própria ou alheia nos possa revelar; acompanhar o progresso da sciencia nos paizes mais cultos; estudar questões que mais particularmente interessam ao nosso paiz”. (INTRODUÇÃO, 1866) A criação do periódico esteve associada diretamente a alunos da FMB que tinham a ânsia de produção científica em solo baiano. Tal nobreza dos interesses desses estudantes está presente na introdução da primeira edição da revista: “[...] todos operarios da sciencia téem obrigação de acrescentar o patrimônio comum na medida de suas forças e de seus talentos, e de transmittilo ás gerações porvir mais rico do que herdaram de seus antepassados”. (INTRODUÇÃO, 1866)

Assim, a aurora da ciência baiana, ancorada inicialmente na FMB, surgiu como um marco simbólico para a colônia, representando um novo tempo para as práticas de saúde e desenvolvimento científico no Brasil.

A PESQUISA NA FMB, DESDE OS TEMPOS MAIS PRIMÓRDIOS

Os primeiros anos da recém-criada, em 18 de fevereiro de 1808, Escola de Cirurgia da Bahia passaram-se nas dependências do Hospital Real Militar, onde antes funcionava o Colégio dos Jesuítas. Lá, os alunos da primeira faculdade de Medicina brasileira aprendiam de dois professores, cirurgiões militares habilitados em Lisboa, que nada recebiam pelo novo ofício de docência. (AZEVEDO, 2008)

Essa nova instituição, durante todo o século XIX, viria a ter problemas com as condições estruturais precárias para ensino prático, principalmente devido à carência de recursos financeiros. (SANTOS, 2012) O primeiro memorialista da faculdade, Malaquias Alves dos Santos, afirmou, em 1854, que esse foi o principal fator para o despreparo dos alunos que saíam do curso médico. (AZEVEDO, 2008) Como relatou o médico-historiador Antonio Carlos Nogueira Britto (2006, p. 66),

os laboratórios da faculdade, já em 1882, “[...] tinham área restrita e limitada, ventilação deficiente, com iluminação débil e sem o preciso aparelhamento técnico necessários para o ensino prático”.

Além disso, nos oito primeiros anos da escola, aos alunos não era exigido a realização de algum tipo de produção científica. Ao final das “licções theoreticas” de Anatomia Humana, Fisiologia, Patologia e Clínica que duravam quatro ou cinco anos, haviam de prestar um exame de conhecimentos para habilitação. A partir de 1832, passou a ser necessário ao aluno apresentar as “theses doutorais” ou “inaugurais” para a conclusão do curso. Juntamente às “theses de concurso” e às “theses de validação de título”, essas publicações correspondem à maior parte da produção científica da FMB à época. (SANTOS, 2015)

Para compreender mais sobre a lacuna no ensino e na produção científica da FMB, é importante entender as bases do pensamento do corpo discente e docente, bem como da prática médica da época. Nos séculos XVIII e XIX, a cultura francesa exercia forte presença na província da Bahia e em sua Medicina, acentuando-se após a independência do Império brasileiro. Além de os professores da Escola de Cirurgia da Bahia traduzirem obras francesas, defenderem teóricos médico-filosóficos e realizarem as lições em francês, muitos dos alunos, depois de graduados, deslocavam-se à França para suprir o mau ensino. (AZEVEDO, 2008; VELLOSO, [2002]) A Medicina praticada na Bahia era influenciada pela Medicina especulativa europeia, baseada em Fisiologia hipotética, e as aulas da FMB eram carentes não somente de laboratórios como também de bases científicas. (BRITTO, 2010b)

O contexto da produção científica da faculdade começou a mudar a partir de 1854, quando o estado de calamidade pública da saúde brasileira, marcado principalmente pelas epidemias de febre amarela, de cólera e de doenças ainda desconhecidas, finalmente recebeu a atenção do imperador d. Pedro II. Naquele ano, além de uma reforma no ensino e da criação de um regulamento de higiene pública, foi criado o Estatuto das Faculdades de Medicina do Império do Brasil. Segundo Santos (2015), o estatuto criou “estruturas internas de pesquisa, como as áreas de estudos e a criação de grupos formados pelos professores e pelos estudantes concluintes de Medicina”. A produção das teses, assim, era muitas vezes destinada a problemas de saúde locais, principalmente durante epidemias, desempenhando papel fundamental nas políticas de saúde da província da Bahia – visando também à retomada de seu desenvolvimento econômico. (SANTOS, 2015)

O cenário acadêmico da Medicina mundial começa a mudar a partir da descoberta de Claude Bernard, em 1849, da função glicogênica e do papel do fígado, e a sua posterior publicação em 1865, *Introduction à l'étude de la médecine experi-*

mentale, com as diretrizes do método experimental que viriam a fundamentar o determinismo científico. As contribuições de Pasteur a respeito de micro-organismos e ao conceito de sua patogenia, em 1855, também foram um marco importante para os novos rumos da ciência mundial. (BRITTO, 2010b) Nesse contexto, nasce em 10 de julho de 1866 a *Gazeta Médica da Bahia*, periódico fundamentado na ciência experimental, por uma associação de sete médicos pesquisadores, para divulgação de produção científica de docentes da FMB e de médicos de Salvador. (AZEVEDO, 2008; JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008)

Embora tenha havido o registro da breve existência de uma Academia de Ciências Médicas da Bahia em 1848, e de periódicos efêmeros realizados por alunos ou pela própria faculdade, como *O Atheneu* (a partir de 1850) e *O Incentivo* (a partir de 1874), a *Gazeta Médica da Bahia* foi o principal meio divulgador de ciência do século XIX. Essa importância se deve, principalmente, à publicação de trabalhos experimentais sobre patologias que ocorriam no país, como “beribéri, neurose por desvios uterinos, peste bubônica, febre amarela, tuberculose e problemas dos esgotos na Bahia”. (AZEVEDO, 2008) Foi em seu livro *Capítulos da História da Medicina do Brasil*, com artigos publicados pelo autor em 1948-1949, que Pedro Nava primeiro denominou o termo a que viria ser conhecido o grupo de pesquisadores: “Os verdadeiros iniciadores de nossa Medicina científica foram os médicos que constituíam o que chamaremos a Escola Parasitológica e Tropicalista da Bahia”. (NAVA, 2003, p. 126 apud JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008, p. 87) Depois, Antônio Caldas Coni, em 1952, chamou esse grupo fundador da gazeta de “Escola Tropicalista Bahiana”. (VARELA; VELLOSO, [2002])

Até 1966, a gazeta ainda não era uma revista vinculada institucionalmente à faculdade, sendo três de seus fundadores – os mais famosos – estrangeiros: os portugueses Otto Wücherer (1820-1873) e José Francisco da Silva Lima (1826-1910) e o escocês John Paterson (1820-1882). No entanto, assim como Silva Lima, os quatro fundadores restantes eram doutores formados na FMB: Manuel Maria Pires Caldas (1816-1901), Antônio José Alves (1818-1866), Antônio Januário de Faria (1822-1883) e Antônio Pacífico Pereira (1842-1922). Desses, apenas Pires Caldas não exerceu docência na FMB, e os dois últimos foram também diretores posteriormente à criação da revista. (JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008)

A Escola Tropicalista, então, foi responsável tanto por levar à Bahia as mais novas discussões e teorias científicas mundiais da época, quanto por realizar as principais pesquisas da província, à luz de problemas ligados ao povo. (SANTOS, 2012) Mais ainda, os membros da escola:

[...] contrapunham-se, assim, ao ensino médico oficial, representado na época pelas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, que ain-

da fundamentavam-se na teoria miasmática para explicarem a etiologia das doenças, pressupondo que o solo produzia emanções causadoras de doenças que acometiam as populações [...]. (VARELA; VELLOSO, [2002])

Dessa forma, desafiaram “a tradição do ensino e da prática médica local baseada na reprodução do saber médico europeu, principalmente de origem francesa, desvinculado das singularidades da realidade brasileira” (VARELA; VELLOSO, [2002]), e influenciaram os rumos do ensino e da pesquisa médica na FMB. (SANTOS, 2012)

AS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS NA FMB: PERSONALIDADES E ACONTECIMENTOS

Ao longo dos mais de dois séculos de existência, a FMB foi sede de grandes marcos de investigações científicas que ajudaram a pavimentar importantes descobertas no que tange novas terapias, prevenção de doenças e no ramo da saúde pública.

Na *Gazeta Médica da Bahia*, foram publicadas importantes investigações oriundas de pesquisadores que foram discentes e/ou docentes da FMB, tais como as obras de “José Francisco da Silva Lima, que publicou cerca de vinte comunicações sobre o beribéri sob o título de ‘Contribuição para a história de uma moléstia que reina atualmente na Bahia, sob a forma epidêmica, e caracterizada por paralisia, edema e fraqueza geral’ (1866-1868). Em 1872 essas comunicações foram publicadas em forma de livro com o título ‘Ensaio sobre o beribéri no Brasil’” (VARELA; VELLOSO, [2002]) e foram as primeiras publicações sobre a doença, na Bahia. Publicou, ainda, casos sobre o “ainhum, a boubá, o maculo e a dracontíase, febre amarela, filariose, angina diftérica, tuberculose, envenenamentos, saturnismo, medicamentos indígenas, obstetrícia, anestesia, raros e difíceis casos cirúrgicos, tumores, aneurismas, etc”. (BRITTO, 2010a) Ainda na primeira edição da gazeta, Antônio Pacífico Pereira, na condição de graduando, publicou o texto “Anesthesia Local”, sendo um dos trabalhos pioneiros sobre o tema nas Américas.

Após períodos de ascensão e decadência, cerca de 100 anos após sua criação, em 1966, o então diretor da FMB, “Jorge Novis, catedrático de fisiologia, representando sua ilustre família, transferiu, para a Faculdade de Medicina da Bahia, [...], os direitos que tinha sobre a *Gazeta Médica da Bahia*, condicionando a concessão desde que o periódico passasse a ser a publicação oficial da Escola Mater da Medicina Brasileira”. (BRITTO, 2010a)

Com o passar dos anos, a relevância de pesquisas realizadas por egressos e docentes da FMB não ficou somente restrita à gazeta e aos primórdios da instituição.

Após o centenário do periódico, produções científicas conduzidas por figuras da instituição também alcançaram notoriedade devido a quebra de paradigmas, novas descobertas e contribuições para a produção de cuidados em saúde no mundo. Cabe-nos citar as pesquisas de Pirajá da Silva, que foi pioneiro no mundo em caracterizar os vermes adultos de *Schistosoma mansoni* após autopsiar a veia porta de indivíduos que apresentavam os “ovos de espículo lateral” nas fezes. A monografia intitulada *La schistosomose à Bahia*, produzida com dados colhidos em 1908 na Bahia, foi publicada no ano seguinte no livro *Archives de Parasitologie*, do professor Raphael Blanchard, catedrático de Parasitologia da Faculdade de Medicina de Paris. Com isso, a obra foi difundida por todo o meio científico mundial, sendo incontestável sua contribuição na elucidação da esquistossomose. (MANOEL..., [2018])

Nina Rodrigues, maranhense, foi outro nome importante e polêmico, que levou as discussões da Medicina Legal e da Genética para o âmbito da sociedade. Em torno do ano de 1888, Nina publicou “[...] artigos sobre higiene pública e também um trabalho sobre a lepra, no qual se encontra a sua primeira tentativa de um quadro classificatório das raças no Maranhão”. (RODRIGUES, 2015, p. 1119) Com teses sobre inferioridade da raça negra, baseado em teorias lambrosianas em voga naquele momento, a partir da observação da existência da suposta associação de negritude e criminalidade amplamente criticadas e refutadas na contemporaneidade em que cada vez mais as discussões e lutas raciais da população negra assumem protagonismo nas discussões sobre as mazelas sociais, Nina publicou diversos estudos que influenciaram as áreas criminalísticas da justiça e a Medicina Legal em desserviço para a população negra. Nina fora docente catedrático de Medicina Legal na FMB.

Outro expoente nas ciências médicas brasileiras no final do século XIX e início do século XX, Juliano Moreira é mais comumente lembrado pela sua atuação como diretor do Asilo Nacional de 1903 a 1930. No entanto, desenvolveu importantes contribuições, ainda em solo baiano, na *Gazeta Médica da Bahia*. Em fevereiro de 1895, Juliano publicou na revista um artigo intitulado “Existe na Bahia o botão de Biskra?: estudo clínico”. Esse trabalho descrevia a existência, pela primeira vez na Bahia e no Brasil, do botão de Briska, também conhecido como leishmaniose tegumentar. Suas observações afastavam qualquer influência de gênero e raça na etiologia da doença e faziam uma distinção das lesões cutâneas presentes na sífilis. Essa produção de Juliano Moreira pode ser considerada a primeira descrição da leishmaniose tegumentar americana num periódico científico brasileiro. (GELMAN; JACOBINA, 2008)

Egresso da FMB (1893), Gonçalo Moniz Sodré de Araújo (1870-1939), ainda estudante, publicou “Etiologia e Pathogenia da suppuração” na *Revista Acadêmica*

da Bahia. Sua tese inaugural foi *Algumas noções sobre a etio-patogenia e o diagnóstico das lesões valvulares do coração esquerdo* (1893). Tornou-se docente da FMB aos 25 anos, e atuou pelo governo estadual na criação e direção do Gabinete de Análise e Pesquisas Bacteriológicas da Bahia, onde publicou estudos sobre a peste bubônica na *Gazeta Médica da Bahia* e relatórios inéditos sobre a situação sanitária em cidades do interior da Bahia. Foi considerado como um importante nome científico no âmbito da Patologia Geral e Microbiologia. Em 1917, fundou a Academia de Letras da Bahia. (JESUS; JACOBINA, [201-])

Outro notável nome da ciência baiana foi o prof. Jessé Accioly (1921-1996), conhecido professor de Hematologia da FMB, que publicou em 1946, ainda como estudante, um artigo intitulado “Anemia falciforme: apresentação de um caso com infantilismo” no periódico *Tertúlias Acadêmicas*. (ACCIOLY, 1947) Neste trabalho, Accioly traz à luz a primeira reflexão em caráter mundial acerca da herança genética da anemia falciforme, tendo demonstrado com heredogramas o caráter autossômico recessivo da doença. (FERRARI; AZEVÊDO, 2007) Esse fato, desconhecido da comunidade científica mundial, que associava essa descoberta ao estadunidense James Neel, teve seu reconhecimento alavancado pela profa. Eliane Azevêdo que enviou uma carta ao editor do *American Journal of Human Genetics* (AZEVEDO, 1973), sendo publicada em 1973 e alterando os reconhecimentos acerca da descoberta. Ficava, dessa forma, ao prof. Jessé Accioly a brilhante descoberta do caráter genético da anemia falciforme.

Cabe destacar, além da busca do reconhecimento do prof. Accioly, a incansável cientista e fomentadora da ciência que foi a profa. Eliane Azevêdo. Mesmo tendo concluído cursos de pós-graduação nos Estados Unidos da América, podendo manter residência no país, decide voltar ao Brasil e criar, na Bahia, o Laboratório de Genética Médica em 1969. Esse espaço foi um exímio fomentador do tripé universitário – ensino, pesquisa e extensão – e contribuiu para o avanço da especialidade no país e a formação de grandes profissionais. Dentre os trabalhos publicados pela profa. Eliane, destaca-se a “A Terapia Gênica”, escrito em 1997 e “Sobrenomes no Nordeste e Suas Relações com a Heterogeneidade Ética”, de 1983. Além do mais, Azevêdo se destacou na área da bioética, coordenando o Núcleo de Bioética até meados de 2012. (JACOBINA, 2018)

Nos últimos anos, as pesquisas na FMB-UFBA continuaram alcançando importante relevância para o cenário da Medicina nacional e internacional. Alguns pesquisadores, vinculados à instituição como parte do corpo docente, publicaram pesquisas de alto impacto no contexto da Medicina e Saúde Pública, tal como o prof. Zilton Andrade, um dos fundadores da Escola Baiana de Patologia. (FREITAS; REIS, 2020) Entre os focos de estudo do prof. Zilton, destaca-se sua perseverança em “doenças parasitárias endêmicas em nosso meio, muitas delas

relacionadas como doenças negligenciadas, pois como acometem populações em situação de exclusão social, em geral não são prioridades dos centros de pesquisas”. (JACOBINA, 2020) Um dos seus principais trabalhos, feito em parceria com Kenneth Warren, de alcance mundial, investigou o fígado de camundongos infectados pelo *Schistosoma mansoni*, sendo de suma importância para posteriores estudos exploratórios de fatores e mecanismos envolvidos na modulação imunológica. (BRAZIL; SILVA; COSTA, [200-])

A FORMAÇÃO CIENTÍFICA DURANTE A GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Diferente do proposto como formação científica nos dois primeiros séculos da FMB, o Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso de Medicina da FMB, datado de 2010, estabeleceu o Eixo de Formação Científica. (FORMIGLI et al., 2010) Entretanto, as competências sugeridas não envolvem o julgamento crítico, sob a ótica científica de condutas em saúde. O PPP sugere que o eixo é dedicado à busca na literatura, construção de projetos de pesquisa e, por último, divulgação científica. Cabe destacar que dentre as cinco competências sugeridas para prática baseada em evidências – formular perguntas, encontrar evidências, avaliar a qualidade das evidências, determinar relevância e aplicabilidade e, por último, aplicar e avaliar impacto da implementação –, apenas uma é enfatizada neste PPP: a busca por evidências. (DAWES et al., 2005)

O Eixo de Formação Científica, inicialmente, foi proposto para estar presente em todos os semestres do curso: do 1º ao 4º semestre, através de disciplinas de Formação em Pesquisa; entre o 5º e o 8º semestre, os estudantes devem construir um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC); e durante o internato, inserido no constructo de cada rodízio. Uma reestruturação na organização das disciplinas de Formação em Pesquisa foi instituída após sugestão da representação estudantil: Formação em Pesquisa II seria ofertada mesclada à Formação em Pesquisa IV, no 4º semestre. Dessa forma, não há nenhuma disciplina do eixo no 2º semestre do curso.

Cada disciplina que compõe o eixo possui um objetivo específico. Durante o 1ª semestre, os estudantes são apresentados à Plataforma Lattes, conceitos básicos sobre metodologia de pesquisa, tipos de estudos e fontes de informação em saúde. Na segunda disciplina, já no 3º semestre, é estudado o método qualitativo e diferentes tipos de revisão de literatura. No 4º semestre, as disciplinas discutem aspectos básicos de bioestatística, vieses, validade externa e interna e há aprofundamento nas discussões sobre tipos de estudo. Após as disciplinas de formação científica, as disciplinas de TCC estabelecem metas que devem ser cumpridas ao final de cada semestre. Respectivamente, do 5º ao 8º semestre, deve-se identificar

o orientador e elaborar o anteprojeto; obter 25% dos resultados esperados; obter 100% dos resultados; defender seu trabalho perante banca examinadora e tê-lo escrito sob forma de artigo científico. Ao final do curso, 238 horas são dedicadas à formação em pesquisa, segundo o PPP. Este tempo representa 2,7% da carga horária total do curso.

Cabe destacar que o Eixo de Formação Científica é dinâmico, seguindo orientações propostas pelo Núcleo de Formação Científica (NFC). Este órgão consultivo foi proposto pelo Regimento Interno da FMB-UFBA, em 2011, através do art. 36. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2011a) O NFC é constituído por um coordenador-geral, os coordenadores dos componentes curriculares do Eixo de Formação Científica, um representante do Eixo Ético-Humanístico, dois representantes discentes e uma câmara técnica, composta por quatro docentes, sendo um representante de cada programa de pós-graduação vinculado à FMB-UFBA. O regimento do NFC, aprovado no mesmo ano de sua criação, diz que cabe ao núcleo “coordenar, estruturar e consolidar” o Eixo de Formação Científica, integrar atividades da graduação e pós-graduação, promover a colaboração e internacionalização e “fomentar a formação científica dos estudantes”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2011b)

Além da fluidez do eixo coordenada pelo NFC, há também o próximo PPP, aprovado em 2021, que altera a estrutura do eixo. As disciplinas serão assim dispostas: Formação em Pesquisa I no 2º semestre, Formação em Pesquisa II no 4º semestre e 4 disciplinas de TCC entre o 5º e 8º períodos. As modificações planejadas, entretanto, não afetam o tempo dedicado à formação em pesquisa – mantém-se 238 horas.

As disciplinas de TCC orientam que o estudante construa um projeto de pesquisa, execute-o e relate-o, idealmente com protagonismo em todas as etapas. Tal processo caracteriza Iniciação Científica (IC) curricular. (GUEDES; GUEDES, 2012) Desde que o prof. Carlos Brites assumiu a coordenação do NFC, há reorientação quanto ao produto do TCC: preza-se por um artigo científico ao invés de uma monografia. O papel do orientador é voluntário, mas que o permite dirigir até uma hora semanal por orientando em seu Plano Individual de Trabalho. Cada orientador pode comportar até três orientandos por disciplina de TCC e pode haver intermédio de tutores doutorandos – um esforço para integrar a graduação e pós-graduação. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2015) A contribuição dos departamentos para esta atividade, entretanto, é desigual, como demonstrado pela Tabela 1. A maior parte das orientações está concentrada em poucos departamentos. Além disso, é relevante a contribuição de outros institutos pertencentes à UFBA para tal, especialmente o Instituto de Ciências da Saúde (ICS) e Instituto de Saúde Coletiva (ISC).

Tabela 1 – Contribuição de diferentes departamentos da FMB da UFBA e demais institutos da universidade com o Trabalho de Conclusão de Curso no período de 2018 a 2021

Departamento	Número de TCC orientados	Percentual do total de docentes do departamento (em média)
Medicina Interna e Apoio Diagnóstico	100	22,1
Medicina Preventiva e Social	71	34,6
Pediatria	35	15,4
Neurociências e Saúde Mental	36	24,4
Patologia e Medicina Legal	31	12,9
Anestesiologia e Cirurgia	17	9,9
Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana	12	7,4
Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas	16	5,0
Saúde da Família	22	16,9
Outras unidades	77	Não se aplica
Total	417	Não se aplica

Fonte: adaptada de Universidade Federal da Bahia (2018a, 2018b, 2019a, 2019b, 2021a, 202b).

TCCS NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS

Foi realizado um levantamento, em acervos de propriedade da instituição, acerca dos temas abordados por títulos de TCCs dos últimos dez anos, conforme indicado na Tabela 2. A partir dos 1392 TCCs encontrados, observou-se maior percentual (aproximadamente 34% das produções) na área de Clínica Médica e suas subespecialidades e outras especialidades clínicas, seguida pelas áreas de Saúde Coletiva, com 13%; estudos de Ciências Básicas das Saúde, com 12%; estudos sobre Educação Médica (e temas afins) e sobre Psiquiatria e Bem-Estar, com aproximadamente 10% cada; Pediatria (e subespecialidades) e Cirurgia Geral (e subespecialidades), com aproximadamente 7% cada; Ginecologia e Obstetrícia e Saúde da Mulher, com aproximadamente 5%; com menor frequência de realização de estudos nas áreas de Medicina de Família e Comunidade/ Atenção Primária à Saúde, em todos os anos analisados, com o quantitativo aproximado de apenas 2% do total.

Tabela 2 – Distribuição dos Trabalhos de Conclusão de Curso de graduandos em Medicina (FMB) por áreas e ano de apresentação

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Clínica Médica e subespecialidades; Especialidades clínicas	55	69	51	56	53	37	48	47	42	22	480
Psiquiatria, Saúde Mental e Bem-Estar	6	10	13	8	12	22	16	22	21	11	141
Medicina de Família e Comunidade, Atenção Primária à Saúde	2	0	0	4	3	2	3	5	3	1	23
Ginecologia e Obstetrícia e subespecialidades; Saúde da Mulher Cis/Trans	3	4	1	3	8	9	20	10	5	4	67
Cirurgia Geral e suas subespecialidades; Especialidades cirúrgicas	5	10	7	8	13	12	13	9	7	8	92
Pediatria e subespecialidades; Saúde na Infância e Adolescência	2	13	17	11	10	9	14	10	5	2	93
Ciências Básicas da Saúde e temas afins	26	18	22	12	18	24	18	11	18	3	170
Situação de Saúde e Saúde Coletiva, Saúde do Trabalhador e Medicina Social e Preventiva	5	13	18	15	24	24	25	22	26	11	183
História e Educação Médica; Temas da Ética, da Bioética e da Medicina Legal; e Relatos de Experiências	5	16	11	16	17	19	17	25	15	2	143

*A classificação por áreas foi realizada considerando a área de prevalência que remete o título do trabalho, embora compreenda-se que os trabalhos podem abordar mais de uma única temática.

Fonte: adaptada de Universidade Federal da Bahia (2018a, 2018b, 2019a, 2019b, 2021a, 202b).

Em 2012, a FMB, como estratégia de valorização à pesquisa, criou o prêmio prof. Jessé Accioly com “o intuito de reconhecer o graduando na FMB-UFBA com o maior destaque monográfico, visando ‘valorizar durante o curso de graduação em Medicina: a adequada formação científica, e os valores éticos e bioéticos aplicados à investigação científica’”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2017) O prêmio já concebeu a 13 monografias, desde sua criação, a honraria do reconhecimento à altura do prof. Jessé Accioly.

PARA ALÉM DO TCC

Apesar de o TCC qualificar-se como IC curricular, é existente a IC extracurricular, comum a maioria das escolas médicas, de caráter voluntário ou bolsista. Trata-se

de uma atividade complementar caracterizada no PPP (FORMIGLI et al., 2010) e reconhecida por programas nacionais, estaduais ou regionais. Há um edital anual, geralmente entre os meses de março e abril, em que docentes de todos os cursos registram projetos de pesquisa e planos de trabalho para seus orientandos.

Cada docente pode receber até três estudantes com bolsas, apesar de em 2021 nenhum docente tenha sido concedido com mais de duas bolsas. As bolsas de IC que compõe o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) são provenientes de três instituições: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) e bolsas da própria UFBA. Cada bolsa tem duração de um ano e valor de 400 reais mensais (em 2021), independentemente da instituição financiadora. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2021c)

O caráter anual do edital e o valor da bolsa de IC para estudantes de Medicina na UFBA é insuficiente, principalmente ao ser comparado com o que é ofertado a estudantes do Estado de São Paulo: em 2021, a submissão de projetos é contínua, não há limite de bolsas por pesquisadores e o valor é de R\$ 695,70 mensais. (SÃO PAULO, 2018) Também é insuficiente o número de docentes da FMB-UFBA participantes de programas de IC. No hospital universitário da escola, dois docentes da FMB orientaram IC em 2020. Na própria FMB no mesmo ano, 11 entre os 227 docentes orientaram IC e, dentre estes, 10 com bolsas de pesquisa. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2021d) Frente a isso e dada a característica extraordinária da IC, há importante contribuição de outros institutos, como ICS e ISC, e outras instituições, como o Instituto Gonçalo Moniz da Fundação Oswaldo Cruz (IGM-FIOCRUZ), em Salvador (BA).

Componentes curriculares que não compõem o Eixo de Formação Científica também participam da formação técnico-científica. Especificamente a disciplina de Ética e Conhecimentos Humanísticos V, ministrada aos estudantes do 5º semestre, tem como proposta a discussão de temas envolvendo ética na pesquisa, plágio e a relação entre Medicina e a indústria farmacêutica – reforçando a importância da avaliação crítica das evidências. Além das disciplinas pertencentes ao currículo mínimo, uma disciplina optativa intitulada Medicina Baseada em Evidências é ofertada em semestres esporádicos, coordenada pelo prof. Antônio Alberto Lopes. Sua última execução ocorreu durante o Semestre Letivo Suplementar (SLS), em 2020. A ementa retoma e aprofunda conceitos transmitidos durante as disciplinas de Formação em Pesquisa, ao mesmo tempo que orienta o processo de implementação de evidências na prática médica.

Um outro propulsor da formação científica dos estudantes de Medicina na FMB-UFBA é o Programa Pesquisador em Medicina, apelidado de MD-PhD. A iniciativa surgiu nos EUA com o intuito de abreviar o tempo de formação do médico-pesquisador e aproximar ainda mais as atividades da graduação e pós-

-graduação. Em 2017 houve a primeira seleção de estudantes na UFBA. Contudo, a viabilidade é atrelada ao processo seletivo rigoroso para admissão no curso e contato prévio com a pesquisa científica. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2016) O programa permite que estudantes cursem simultaneamente disciplinas da graduação em Medicina e de um programa de doutorado de uma pós-graduação *stricto sensu* vinculada à FMB-UFBA e participante do programa. Até o momento, o único programa não participante foi o Programa de Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2021b)

Entre 2017 e 2021, três estudantes compõem o programa: Thiago Cerqueira Silva (desde 2017, vinculado ao PPgCS), Raphael de Souza Borges (desde 2018, também vinculado PPgCS) e Sávio Vinícius Burity Amorim Nunes Amaral (desde 2018, vinculado ao PPgMS). (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2021a) O projeto inicial preconiza a seleção de quatro estudantes por ano, desde que entre o 4º e 7º semestres, com coeficiente de rendimento superior a 8,0, e iniciação científica prévia. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2016) Em 2020 e 2021, frente a suspensão das atividades presenciais, não houve seleção. Segundo Thiago Cerqueira, o programa favorece a inserção do estudante na comunidade científica, favorecendo colaborações. Viviane Boaventura, orientadora de Thiago, diz que o programa é ideal para todos aqueles com interesse na produção científica e carreira acadêmica. (COMO..., 2021)

A formação científica dos estudantes de Medicina da FMB-UFBA culmina na apresentação de seus TCC ao final do 8º semestre, como rito de passagem para o internato. O evento que congrega estudantes, orientadores, demais docentes, familiares e amigos é o Seminário Estudantil de Pesquisa. O seminário possui frequência semestral e é uma oportunidade de expor, inclusive para recém-ingressos no curso, o caminho trilhado durante o TCC. Em 2021, ocorrerá a vigésima primeira edição do seminário. Desde 2020, frente ao distanciamento social imposto pela pandemia de covid-19, o seminário tem sido remoto. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2018a, 2018b, 2019a, 2019b, 2021a, 2021b)

Além do seminário, todo estudante de IC deve participar do Congresso UFBA, realizado anualmente. O congresso reúne estudantes, pesquisadores e expoentes de todas as áreas do conhecimento em um evento que dura aproximadamente uma semana. Segundo o reitor João Carlos Salles, o congresso reflete a importância da UFBA, “sua autonomia, mobilização e qualidade”, além de expor que “somos um projeto de longa duração de nossa sociedade”. Em 2020, o congresso adotou o modelo virtual, mas isso não impediu seu sucesso: 38.054 inscritos, sendo 15 mil pertencentes à comunidade UFBA, 440 atividades ao vivo, 643 horas de transmissão, 256 intervenções artísticas, 191 atividades gravadas, 1.037 vídeos-pôsteres de estudantes. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2020)

A PÓS-GRADUAÇÃO NA FMB

Em 1968, houve a Reforma Universitária no Brasil. (MARTINS, 2009) Fruto desse movimento veio a criação dos cursos de mestrado e de doutorado e suas respectivas titulações de mestre e de doutor. Antes só existia o título de livre docente obtido através de concurso de títulos e provas além da defesa de uma tese original. Isso levava a uma baixa produção científica em todo cenário nacional, pois não havia incentivo à produção nem publicação.

Com a reforma, houve uma mudança de paradigma. Nas duas últimas décadas, presenciou-se aumento de quatro vezes na produção científica nacional, elevando o Brasil à 17ª posição entre os países produtores de ciência no mundo e à 1ª posição na América Latina. (ZORZETTO et al., 2006) Atualmente, a FMB-UFBA conta com quatro programas de pós-graduação.

PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE

O Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde (PPgMS) foi o primeiro curso de Pós-Graduação de Medicina da Bahia, fundado em 2 de dezembro de 1971. (AZEVEDO, 2007) Sua missão é produzir e disseminar ciência e tecnologia na área de saúde, base para formação de profissionais, docentes e pesquisadores que atuem dentro de elevados padrões de desempenho técnico e ético comprometidos com a justiça social a nível local, nacional e internacional. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, [200-])

A partir do ano de 1997, PPgMS passou por uma ampla reforma da sua matriz curricular, alterando sua área de concentração de Medicina para Clínica Médica, e reconfigurando o formato da pós-graduação e suas áreas de concentração, estabelecendo-se em 2006 como Medicina e Saúde (PPgMS) ampliando o acesso de outros profissionais da saúde e afins. (AZEVEDO, 2007) Sua matriz curricular hoje é composta por disciplinas que estimulam o pós-graduando em todo curso da área da saúde a desenvolver espírito crítico na avaliação de trabalhos científicos, uso adequado da metodologia nos projetos e análise consistente dos resultados, para que possa publicá-los em periódicos de excelente nível científico.

Entre os anos 2000 e 2004, o PPgMS estava em pleno auge de seu desenvolvimento: usufruía do ótimo nível de conceito na CAPES – nível A; posteriormente nível 5. Na gestão do prof. Raymundo Paraná Ferreira Filho, com efetivo apoio do vice-coordenador prof. José Tavares-Neto, o PPgMS foi capaz de abrir fronteiras fora do estado da Bahia e criar, com sucesso, dois cursos de mestrado em caráter interinstitucional: um em Campina Grande, na Paraíba, e outro em Rio Branco, no estado do Acre. Entretanto, o PPgMS não conseguiu manter o nível de classifi-

cação na CAPES e, em 2004, caiu para nível 3. Hoje, já possui novamente nível 5. (BRASIL, 2017) Em sua última avaliação pelo CAPES, recomendou-se melhorar a publicação de alguns docentes e também mostrar aos docentes e discentes que não se deve publicar em periódicos com baixa qualificação. (BRASIL, 2017)

O PPgMS há quase 50 anos vem formando professores e pesquisadores qualificados, e assim contribuindo com a melhoria do ensino e da pesquisa no país. Até 2020 foram registradas as matrículas de 840 discentes no mestrado e 360 discentes no doutorado, desde a década de 1970. (AZEVEDO, 2007)

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA HUMANA

O curso de mestrado em Patologia Humana foi o segundo curso de mestrado a ser criado na FMB-UFBA, e teve como idealizador e fundador o prof. Zilton de Araújo Andrade, professor titular de Anatomia Patológica da FMB. Teve início efetivo em março de 1973. (AZEVEDO, 2007)

Desde o princípio, o curso já ofertava uma nova área de concentração, a de Imunopatologia e, conseqüentemente, ampliou o elenco de disciplinas e de professores credenciados. Ao serem completados vinte anos de funcionamento, em 1993, nova área de concentração, a de Patologia Experimental, foi acrescida ao curso.

Seguindo sugestão da CAPES, o curso preparou-se para além do mestrado oferecer o curso de doutorado em Patologia Humana. Após aprovação no órgão competente da UFBA, o curso de doutorado foi reconhecido pela CAPES em 1988, iniciando as atividades em março de 1989. Em seminário de avaliação interna, o corpo docente decidiu por mudanças no processo de seleção, incluindo a possibilidade de ingresso direto ao doutoramento, uma vez satisfeita uma série de critérios estabelecidos pelo próprio curso. Em 1993 foram selecionados três candidatos e em 1994, dois candidatos. (AZEVEDO, 2007)

Na década de 1980, a sede do curso foi transferida da área hoje ocupada pelo Ambulatório Magalhães Neto do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), para o Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz, Fiocruz-UFBA. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, [200-?])

CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO (MSAT)

O Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho oferece o curso de mestrado da FMB-UFBA, oficialmente aprovado pela Câmara de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa da UFBA em 4 de abril de 2006. (AZEVEDO, 2007)

Oferecendo uma única área de concentração (Saúde, Ambiente e Trabalho), desenvolvida em perspectiva interdisciplinar, multiprofissional e interinstitucional, o MSAT marcou o início de suas atividades didáticas em 9 de março de 2007, com a Conferência de d. Luiz Flávio Cappio, bispo de Barra, sobre o tema “Transposição do Rio São Francisco” e presenças do prof. Apoio Heringer da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e do prof. João Suassuna da Fundação Joaquim Nabuco, PE. Em 2018, o curso apresentou nota 3 no CAPES.

PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

No ano de 2008, eminentes pesquisadores baianos, sabidamente professores da UFBA ou pesquisadores titulares do Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz, da Fundação Oswaldo Cruz (CPqGM-Fiocruz), na maioria bolsistas de produtividade em pesquisa do CNPq, reuniram-se na proposta de oferecer um Programa de Pós-graduação de excelência, em Ciências da Saúde. Com a aprovação da CAPES em outubro de 2008, nasceu o Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPgCS), na FMB-UFBA.

O objetivo do PPgCS é oferecer capacitação em ensino de nível superior e pesquisa clínica para profissionais das áreas de ciências biológicas e saúde (biólogos, biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários e odontologistas), trabalhando aspectos epidemiológicos, diagnósticos, histopatológicos, terapêuticos, prognósticos e preventivos de doenças.

O corpo discente do PPgCS inclui biólogos, biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários e odontologistas. No ano de 2013, nos 30 alunos de mestrado, médicos (36%), biólogos (23%), biomédicos (10%), enfermeiros (10%), farmacêuticos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos (7% cada) estavam representados e nos 33 alunos de doutorado, médicos (40%), biólogos (24%), fisioterapeutas (21%), biomédicos (9%), odontologista e médico veterinário (3% cada) estavam presentes.

ENTREVISTA COM PROF. DR. CARLOS BRITES, COORDENADOR DO NÚCLEO DE FORMAÇÃO CIENTÍFICA

Durante a formulação deste capítulo entrevistamos¹ o professor doutor Carlos Brites, coordenador do Núcleo de Formação Científica (NFC), para entender me-

1 A entrevista pode ser acessada na íntegra através do endereço: https://drive.google.com/file/d/1xc5sgOKyT9GaNNGyi12qSzt80IStZ_1b/view?usp=sharing.

lhor os desafios para fazer produção científica na FMB. O NFC, segundo o próprio professor, é um núcleo integrado do eixo de formação científica composto por sete componentes curriculares que se inicia no começo do curso com metodologia, passando por aspectos estatísticos e por fim indo para componentes curriculares próprias para elaboração do TCC.

O entrevistado considera que a principal competência científica de um egresso de Medicina da FMB-UFBA é a competência técnica na área. Além disso, outra característica importante é o desenvolvimento de senso crítico, mesmo para aqueles estudantes que não desejam seguir com a carreira científica em sua vida profissional. O senso crítico requer competência, permitindo que ele possa decidir com mais propriedade em situações em que as soluções não sejam tão óbvias, equacionando esses problemas com racionalidade, de modo a proporcionar o melhor desfecho para o seu paciente. A terceira característica essencial é a curiosidade, devendo ter a mente aberta para explorar outras possibilidades, sem se prender a dogmas e sempre procurar fontes adequadas para embasamento de suas condutas. O dr. Brites relata que a maior parte dos estudantes não busca essa competência, o que pode resultar em uma formação acadêmica deficiente, nesse aspecto. Por outro lado, aqueles alunos que apresentam essas características terão uma formação mais sólida e seguramente se tornarão referências em suas áreas de interesse. Nesses alunos, eventuais limitações do ensino científico são superadas pelo interesse e proatividade resultando em uma formação científica mais completa.

Quanto aos desafios enfrentados pelo estudante, o primeiro de todos é entender que a formação científica não está ligada apenas a fazer o TCC. A formação científica faz parte de uma boa graduação médica, sendo chave para a criação do senso crítico do profissional de saúde. Já como docente, é um desafio tornar o ensino científico atrativo para os estudantes dentro das limitações curriculares do curso de Medicina. Logo, deve haver uma adequada comunicação entre discentes e docentes, para que as matérias de formação em metodologia científica sejam atrativas para o aluno, levando-o a explorar além da grade curricular, e ao entendimento de que essa formação vai além do TCC.

Ao fazer um paralelo entre sua época como discente, o dr. Brites afirma que uma vantagem dos dias de hoje é que atualmente temos muito mais chances de fazer pesquisa quando comparado a sua época como graduando. Hoje, existe uma estrutura que ajuda o aluno na iniciação no campo de pesquisa, mesmo com os empecilhos existentes (como infraestrutura inadequada e verbas restritas, entre outros). Hoje as instituições de ensino reconhecem a importância da formação científica, propiciando ambiente favorável e mais oportunidades de treinamento específico para aqueles alunos que possuem interesse nessa área. Infelizmente,

esse reconhecimento da importância da ciência veio de maneira tardia, e ainda não se traduziu em ambiente favorável à investigação científica, o que deixa o Brasil atrasado em pesquisa e inovação quando comparado a outros países. Portanto, mesmo com os avanços, ainda há muito caminho pela frente para o país se tornar uma potência em pesquisa segundo o professor. Ainda há um baixo investimento na área em pesquisa em saúde para ciência e inovação, o que torna todo esse processo mais lento. Ele considera que, dentro das limitações existentes, nosso desempenho em pesquisa é bastante satisfatório. Mesmo com um orçamento muito inferior a países desenvolvidos, como os Estados Unidos, temos uma produção científica de boa qualidade.

Quanto a seus desafios como coordenador do NFC, Brites ressalta que o núcleo não possui autonomia para tomar decisões, sendo apenas uma instância que discute e sugere medidas de aprimoramento do processo de formação científica, que devem ser chanceladas pelos órgãos decisórios da FMB. O principal objetivo do NFC é tornar o eixo científico atrativo para os alunos e aprimorar as condições para a adequada formação científica dos graduandos em Medicina.

O dr. Brites também relata que o formato atual do TCC não evoluiu para simplificar e aprimorar o desenho que era utilizado no passado. Ao invés de enfatizar aspectos formais e de padronização das monografias o foco atual é centrado na qualidade metodológica e retorno potencial para a comunidade científica que o TCC pode produzir através de artigos publicados. Embora nem todos os TCCs atuais possuam qualidade suficiente para publicação, observamos um número crescente de trabalhos sendo publicados em revistas de boa qualidade.

O entrevistado, por fim, traz propostas para aprimorar a formação científica dos estudantes de graduação na FMB-UFBA. A primeira dessas é melhorar a formação metodológica e melhorar a capacidade de construção de um artigo científico pelos docentes, que em boa parte ainda carece de uma formação específica nesse sentido. Segundo, oferecer oportunidade de inserção do aluno em grupos de pesquisa nos diversos setores da formação médica, pois hoje se tem muitas vezes dificuldade de encontrar orientadores com disponibilidade e capazes de aceitar estudantes. Terceiro, ter condições objetivas para fomentar pesquisa como um todo, tornando o ambiente menos hostil para pesquisa porque há muitas barreiras burocráticas, limitando muito a capacidade de atuação. E tudo isso não funciona sem uma boa estrutura física, pessoal e de recursos financeiros. Ou seja, as barreiras para a iniciação científica na FMB são as barreiras enfrentadas no país como um todo. As medidas visando a otimização desse processo devem ser direcionadas para a correção destas distorções, buscando otimização de recursos e simplificação das etapas burocráticas que surgem como barreiras para a iniciação científica em nosso meio.

PARA ONDE VÃO AS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DA FMB-UFBA?

O destino das produções acadêmicas está em pauta no mundo há um bom tempo. O oligopólio construído pelas grandes editoras e as barreiras impostas ao conteúdo científico tem sido debatido e questionado pelo universo acadêmico. Nesse sentido, convenções como de Budapeste, de Santa Fé e de Berlim buscaram debater essa questão e como solucioná-la. (SANTOS; ROSA, 2020a) Diante dessa movimentação, surgiu uma formalização do Movimento de Acesso Aberto (MAA), como alternativa à mercantilização do conteúdo acadêmico.

As duas vias de propulsão do MAA são a Via Verde e a Via Dourada. (SANTOS; ROSA, 2020a) A Via Dourada refere-se à criação de periódicos de livre acesso, ou seja, sem o *paywall* para obtenção de acesso aos artigos. Já a Via Verde refere-se à criação de repositórios virtuais. Quanto à Via Verde, importantes instituições aderiram ao movimento. Destacam-se as universidades americanas como Stanford (Faculdade De Educação) e Harvard (Faculdade de Ciências, Artes e Direito). Essas instituições, além de repositórios, instituíram políticas de depósitos compulsórios da produção acadêmica. (ROSA; MEIRELLES; PALACIOS, 2011)

Segundo Viana e demais autores (2005), os repositórios digitais “[...] são um serviço de armazenamento de objetos digitais que tem a capacidade de manter e gerenciar materiais por longos períodos de tempo e prover o seu acesso apropriado”. É importante pontuar que os repositórios podem ser de diversos tipos: privado, público, temático, institucional, central e de preservação.

Dentre as classificações acima, é importante para nós um melhor entendimento do que é um Repositório Institucional (RI). Segundo Johnson (2002 apud ROSA; MEIRELLES; PALACIOS, 2011), “um repositório digital institucional pode ser qualquer coleção de material digital hospedada, apropriada ou controlada, ou disseminada por um college ou universidade, independentemente de seus propósitos ou procedências”. Portanto, cabe à universidade organizar-se e estabelecer seu RI. Essa ferramenta, para além de concentrar e disponibilizar a produção acadêmica de forma acessível, preserva a memória institucional.

O REPOSITÓRIO UFBA

A recomendação de criação de um RI para a UFBA foi feita por Flávia Rosa em 2006 na sua dissertação de mestrado. Inicialmente, foi pensado um repositório para disponibilização dos conteúdos da editora Edufba, porém constatou-se que o projeto poderia ser mais abrangente. Nesse sentido, o projeto de implantação de RI na UFBA foi transformado em projeto de doutorado de Flávia Rosa. (ROSA; MEIRELLES; PALACIOS, 2011)

Em consonância, o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) abriu edital para financiamento de implantação de RIs, em 2009, e a UFBA foi uma das universidades selecionadas. Pouco tempo depois, já em 2010, o RI da UFBA foi institucionalizado.

Portanto, a resposta levantada anteriormente já possui parcialmente uma resposta. Visto que a FMB é uma unidade da UFBA, as produções científicas desta instituição devem estar, ao menos, no repositório da UFBA. Mas será que estão?

Em levantamento recente foi constatado no RI uma média anual de recepção de 3 mil arquivos, sendo que em abril de 2020 ultrapassou-se o marco expressivo de 30 mil trabalhos disponibilizados em acesso aberto no repositório. (SANTOS; ROSA, 2020a) No entanto, a UFBA contém em torno de 35 mil alunos na graduação e 5 mil na pós-graduação. (SALLES, 2017) Considerando esses dados, o valor médio de 3 mil documentos ao ano se revela não tão expressivo quanto poderia.

A análise dos dados acima remete a um cenário de baixa adesão em alimentar o RI com as produções acadêmicas. Já foi destacado anteriormente que políticas de depósito compulsório se fazem necessárias para maior adesão e aproveitamento do RI. A título de exemplo, a própria instituição que serviu de modelo para implantação do RI-UFBA, a Universidade de Minho, em Portugal, relatou que uma das principais dificuldades iniciais enfrentadas foi a ausência de uma política institucional. Entretanto, após correção, notou-se aumento do autoarquivamento no RI. (ROSA; MEIRELLES; PALACIOS, 2011)

No que se refere à FMB no RI-UFBA, uma pesquisa recente categorizou as produções depositadas no RI, conforme indicado na Tabela 3. (SANTOS, 2020) Em relação às produções de TCC realizados na graduação, o curso de Medicina apresentou o segundo maior depósito no RI-UFBA com 662 trabalhos. (SANTOS; ROSA, 2020b) A sua frente está o curso de Comunicação com 734 trabalhos, e em terceiro lugar está o curso de Direito com 454 trabalhos.

Tabela 3 – A produção da FMB depositadas no RI-UFBA

Tipo de Documento	Quantidade
Artigos publicados em Periódicos	1542
Dissertações de Mestrado	261
Teses de Doutorado	111
Trabalhos de Conclusão de Curso	662
Outros	11
Total	2587

Fonte: adaptada de Santos (2020b).

Já em relação às pós-graduações, uma análise evidenciou que não houve indicações ao RI em nenhum dos 21 programas da área de ciências biológicas em seus respectivos *sites*. (BARROS; ROSA; MEIRELLES, 2015) Isso inclui, portanto, as pós-graduações da FMB-UFBA. De modo geral, isso tem se mostrado um impasse, visto que a disponibilização das teses e dissertações apenas nos *sites* das pós-graduações se mostram menos efetivas quando comparados a disponibilização também no RI. Os *sites*, em comparação ao RI, de modo geral apresentam interface menos estética e intuitiva, o que limita a propagação do material disponível.

A produção da informação científica é importante. Entretanto, para o avanço da ciência é necessário o reconhecimento (ou não) desta informação por seus pares. A partir disso, consolida-se então o conhecimento científico, e este pode ser usado para o desenvolvimento de mais informação. Funciona como um ciclo, no qual a comunidade científica é consumidora e geradora de informação. Segundo Barros, Rosa e Meirelles (2015), a ciência evolui somente se o ciclo da comunicação científica estiver funcionando adequadamente.

O RI apresenta importante papel para armazenamento, preservação e propagação das produções científicas da FMB. Porém, esse é um recurso relativamente novo comparado à instituição bicentenária. Nesse sentido, a Bibliotheca Gonçalo Moniz teve grande destaque no passado. Dessa forma, hoje, graças a biblioteca temos preservada parte da memória da instituição. Dada sua importância, o próximo tópico deste capítulo trará mais informações sobre a primeira biblioteca de Medicina do Brasil.

A BIBLIOTHECA GONÇALO MONIZ (BGM)

Fundada oficialmente em 1832, a biblioteca localiza-se na sede onde, por muito tempo, foi a FMB. Dada sua importância, não somente para a preservação das produções científicas na Bahia, mas também para o Brasil, em 2008, foi renomeada como Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira. (BIBLIOTHECA GONÇALO MONIZ, [200-]) Apesar de agora ser prestigiada, a história da BGM é marcada por perdas, abandono e esquecimento.

Em 1905, um incêndio atingiu o local e muitos materiais foram destruídos. Posteriormente, o professor Gonçalo Moniz destacou-se no empenho à restauração da biblioteca. Já em 1944, foi homenageado pela sua contribuição, após mudança oficial, a biblioteca recebeu seu nome. Contudo, o incêndio não foi o único a gerar grandes perdas ao acervo da BGM. Na década de 1970, a sede migrou para o Vale do Canela. No entanto, a maior parte do acervo foi abandonado na sede do Terreiro de Jesus. (TAMANO; ARAUJO, 2014)

Apenas em 2003, após 40 anos de descaso com este patrimônio, foi mobilizado um movimento para revitalização da BGM. Apesar dos esforços e de 4 milhões investidos no processo de recuperação, não foi possível recuperar boa parte dos arquivos. Estima-se que 55% do conteúdo foi perdido, cerca de 55 mil documentos. (TAMANO; ARAUJO, 2014) A revitalização dessas obras e sua preservação é de grande importância para a FMB. No entanto, o dano dos materiais perdidos é irreparável, e apenas serve de lição para a instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste capítulo, buscamos discutir a produção científica na faculdade. Desde o percalço para consolidação do eixo científico em sua matriz curricular, passando por ilustres personagens que contribuíram, por meio da ciência, para o desenvolvimento da sociedade. Além disso, discutimos as diversas formas de incentivo à produção científica e abordamos, por fim, os destinos dessas publicações. Esperamos que essa breve introdução ao tema tenha despertado em você o interesse em compreender mais sobre o método científico e sobre sua aplicação, não somente na Medicina, mas também em outras áreas do conhecimento.

Esse anseio pelo conhecimento do fazer científico é o combustível que alimenta nossa chama. Esse capítulo foi mais um fruto da Liga Acadêmica de Ciências (LAC) da FMB, em parceria com estudantes de outras faculdades, para comunidade. Portanto, finalizamos o capítulo com uma breve apresentação das ações da LAC-FMB para o fomento da ciência.

ENSINO & PESQUISA

Desde a sua fundação, em 2018, até o último semestre concluído, a liga já havia realizado 65 sessões de ensino. Estas foram distribuídas em três módulos de bioestatística; um módulo de História da Ciência; dois módulos de Epistemologia; três módulos de pesquisa clínica; e dois módulos de Medicina Baseada em Evidências (MBE). Historicamente, nossas sessões são realizadas presencialmente na FMB-UFBA, porém com o advento da pandemia, aderimos ao formato remoto. Com isso, passamos a gravar e disponibilizar as sessões de ensino em nosso canal no YouTube.² Além disso, contamos com capacitações em educação médica, leitura de artigos e análise quantitativa de dados.

2 Ver: <https://www.youtube.com/channel/UCrK-RvUQUmH-eB76VrhRnhA>.

Em relação às linhas de pesquisas conduzidas pela liga, existem dois projetos em atividade. Nossa primeira linha de pesquisa tem como tema o conhecimento em MBE. Nossa outra linha de pesquisa, mais recente, se debruça sobre a saúde da população trans e possui diversos eixos de investigação.

EXTENSÃO

Por fim, falaremos sobre o pilar de extensão. Esse, provavelmente, é o setor que mais gerou impactos para a comunidade. Em nosso *blog*,³ AcademiaFMB, contamos com mais de 105 textos escritos por nosso ligantes sobre assuntos diversos relacionados à ciência. Com isso, conseguimos alcançar mais de 136 mil acessos. Além disso, contamos com o Academicast, nosso *podcast*, que contém mais de 40 episódios que abordam temas diversos, como artigos científicos, a pandemia da covid-19 e até formas de se fazer pesquisa na FMB-UFBA.

A mensagem final que gostaríamos de transmitir é que, além de tudo que foi abordado no capítulo, existem muitos detalhes a serem descobertos e aprendidos sobre “a formação científica na Faculdade de Medicina da Bahia”. Esperamos que esse capítulo tenha servido de fâsca para acender mais uma pequena chama a iluminar a escuridão.

*Lux in tenebris*⁴

REFERÊNCIAS

- ACCIOLY, J. *Anemia falciforme – apresentação de um caso com infantilismo*. Tertúlias Acadêmicas, 1947.
- AZEVÊDO, E. E. de S. e. *Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia - Terreiro de Jesus: memória histórica 1996-2007*. [Feira de Santana]: AMeFS, 2008.
- AZEVÊDO, E. E. de S. e. *Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia - Terreiro de Jesus: memória histórica 1996-2007*. Feira de Santana: AMeFS, 2007.
- AZEVÊDO, E. E. de S. e. Historical Note on Inheritance of Sickle Cell anemia. *American Journal of Human Genetics*, Baltimore, v. 25, n. 4, p. 457-458, 1973.
- BARROS, P. M. de. Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 411-459, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S010459701997000300002>. Acesso em: 29 jun. 2021.

3 Ver em: <https://academiafmb.com.br/>.

4 Tradução livre: “Luz na escuridão”.

BARROS, S.; ROSA, F.; MEIRELLES, R. F. Repositório institucional da Universidade Federal da Bahia: ferramenta de visibilidade para os programas de pós-graduação. *Ponto de Acesso*, Salvador, v. 9, n. 3, p. 18-34, dez. 2015.

BIBLIOTHECA GONÇALO MONIZ. *Histórico*. Salvador, [200-]. Disponível em: <http://www.bgm.fameb.ufba.br/historico>. Acesso em: 31 maio 2021.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: BOURDIEU, P. *Pierre Bourdieu: sociologia*. Organizador Renato Ortiz. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155. (Grandes Cientistas Sociais, n. 39)

BRASIL. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Ficha de avaliação: Medicina I*. [Basília, DF], 20 set. 2017. Disponível em: https://ppgms.ufba.br/sites/ppgms.ufba.br/files/avaliacao_capes_medicina_e_saude.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRAZIL, T. K. (org.); SILVA, A. B.; COSTA, M. F. D. *Zilton Andrade*. Salvador: Museu Interativo da Saúde Na Bahia, [200-]. Disponível em: <http://www.misba.org.br/heroizilton-de-araujo-andrade/>. Acesso em: 27 jun. 2021.

BRITTO, A. C. N. A Faculdade de Medicina da Bahia na época de Nina Rodrigues. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 76, supl. 2, p. 63-79, 2006.

BRITTO, A. C. N. 143 anos da Gazeta Médica da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 144, n. 1, p. 60-73, jan./abr. 2010a. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1084/1041>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRITTO, A. C. N. A influência da medicina da França na formação da Medicina da Bahia, Brasil (século XIX e meado do século XX). *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 80, n. 2, p. 33-56, maio/jul. 2010b.

CHAVES, L.; BARROS, R. A “Escola Tropicalista e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 86-93, 2008.

COMO Fazer Pesquisa na FMB. Entrevistada: Viviane Boaventura e Thiago Silva. [S. l.: s. n.], maio 2021. *Podcast*. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/3klsaNnIYkWbaOJIeCZ6ng>. Acesso em: 16 jul. 2021.

DAWES, M. *et al.* Sicily Statement on Evidence-Based Practice. *BMC Medical Education*, London, v. 5, n. 1, p. 1-7, Jan. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1>. Acesso em: 16 jul. 2021.

FERRARI, Nadir; AZEVÊDO, Eliane S. Relatos sobre a história da Genética na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 237-240, jul./dez. 2007.

FORMIGLI, V. L. *et al.* Projeto político-pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 79, n. 1, p. 3-47, jan./abr. 2010. Disponível em: http://www.fameb.ufba.br/sites/fameb.ufba.br/files/documentos/Colegiado/Portarias-Resolu%C3%A7%C3%B5es-Outros%20Documentos/ppp_2010.pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.

- FREITAS, L. A. R. de; REIS, M. G. *Nota de pesar - Professor Zilton Andrade*. Salvador, 22 jul. 2020. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/content/nota-de-pesar-prof-zilton-de-ara%C3%BAjo-andrade>. Acesso em: 11 jul. 2021.
- GELMAN, E. A.; JACOBINA, R. R. Juliano Moreira e a Gazeta Medica da Bahia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1077-1097, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000400011>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- GUEDES, H. T. V.; GUEDES, J. C. Avaliação, pelos estudantes, da atividade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 36, n. 2, p. 162-171, jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400003>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Tabela de valores de bolsas no país*. São Paulo, 2018. Disponível em: https://fapesp.br/publicacoes/relat2018_tabelas.pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.
- GUIMARÃES, M. V. *1808: um pernambucano na Corte*. São Paulo, 2008. Disponível em: <https://bit.ly/3ygfbcL>. Acesso em: 1 jul. 2021.
- INTRODUÇÃO. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, v. 1, n. 1, p. 1-3, 10 jul. 1866. Disponível em: <https://bit.ly/3dPoetz>. Acesso em: 6 jul. 2021.
- INSTITUTO GONÇALO MUNIZ. *PROIIC divulga edital PIBIC e PIBITI CNPq 2021*. Salvador, 12 mar. 2021. Disponível em: <https://www.bahia.fiocruz.br/proiic-divulga-edital-pibic-e-pibiti-cnpq-2021/>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- JACOBINA, R. R. *Saudação de Ronaldo Ribeiro Jacobina a antecessora na cadeira nº 29, Eliane Elisa de Souza e Azevêdo*. Salvador, 10 out. 2018. Disponível em: <https://www.academiademedicina-ba.org.br/discursos/saudacoes/saudacao-de-ronaldo-ribeiro-jacobina-a-antecessora-na-cadeira-n-29.html>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- JACOBINA, R. R. *Zilton de Araújo Andrade. Professor Titular de Patologia da FMB-UFBA*. Salvador, 2020. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/6461>. Acesso em: 29 jun. 2021.
- JESUS, H. G. S. de; JACOBINA, R. R. *Gonçalo Moniz Sodré de Aragão: uma vida dedicada às pesquisas e aos livros*. Salvador, [201-]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/85>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- MANOEL Augusto Pirajá da Silva (28/01/1873 – 01/03/1961). Salvador, [2018]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/101>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- MARTINS, C. B. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/RKsKcwfYc6QVFBHy4nvJzHt/?lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- NAGAMINI, M. 1808-1889: Ciência e técnica na trilha da liberdade. In: MOTOYAMA, S. (org.). *Prelúdio para uma história: ciência e tecnologia no Brasil*. São Paulo: Edusp, 2004. p. 135-185.

RODRIGUES, M. F. Raça e criminalidade na obra de Nina Rodrigues: Uma história psicossocial dos estudos raciais no Brasil do final do século XIX. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 1118-1135, nov. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 jun. 2021.

ROSA, F.; MEIRELLES, R.; PALACIOS, M. RI UFBA: repositório institucional da Universidade Federal da Bahia: implantação e acompanhamento. *Informação & Sociedade: estudos*, João Pessoa, v. 21, n. 1, p. 129-141, 2011.

SAGAN, C. *Charlie Rose Show*: entrevista com Carl Sagan. [Entrevista concedida a] Charlie Rose. [S. l.]: Pbs, 1996. (20 min.), P&B.

SALLES, J. C. *O plano de desenvolvimento institucional da UFBA*. Salvador, 2017.

SANTOS, A. F. Documentos para a história da ciência no Brasil: do contexto controverso à pesquisa das teses doutorais da Faculdade de Medicina da Bahia. *História da Ciência e Ensino*, [s. l.], v. 12, p. 15-33, 2015.

SANTOS, A. F. *A presença das ideias da Escola Tropicalista Baiana nas teses doutorais da Faculdade de Medicina (1850-1889)*. 2012. Tese (Doutorado em História da Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

SANTOS, D. S.; ROSA, F. G. M. G. O movimento de acesso aberto e a UFBA: dez anos de implantação do repositório institucional. *Ponto de Acesso*, Salvador, v. 14, p. 97-116, 2020a.

SANTOS, D. S.; ROSA, F. G. M. G. A produção da Faculdade de Medicina da Bahia no Repositório Institucional da UFBA. *Fontes Documentais*, Aracaju, v. 3, p. 175-182, 2020b.

SANTOS, D. S.; ROSA, F. G. M. G. Repositório Institucional da UFBA: visibilidade das produções acadêmicas dos graduados. *BiblioCanto*, Natal, RN, v. 6, n. 1, p. 40-60, dez. 2020c.

SCIENCE. In: ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA. Chicago: Britannica Group, [200-]. Disponível em: <https://www.britannica.com/science/science>. Acesso em: 12 jul. 2021.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 29 jun. 2021.

SILVA, F. L. e. Universidade: a idéia e a história. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 20, n. 56, p. 191-202, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142006000100013>. Acesso em: 25 jun. 2021.

TAMANO, L. T. O.; ARAUJO, D. de M. Abandono, esquecimento e ressurgimento da primeira biblioteca de medicina do Brasil. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 66, n. 2, p. 56-59, jun. 2014. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000200021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Congresso Virtual UFBA 2020: universidade em movimento*. Salvador, 2020. Disponível em: <https://congresso2020.ufba.br/>. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Conselho Acadêmico Universitário. *Programa Pesquisador em Medicina*. Salvador, 2016. Disponível em: https://possaude.ufba.br/sites/possaude.ufba.br/files/projeto_completo_programa_pesquisador_em_medicina_aprovacao_cae.pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Conselho Acadêmico de Ensino. *Regulamento de Ensino de Graduação e Pós-Graduação (stricto sensu)*. Salvador, 10 dez. 2014. Disponível em: https://ppgms.ufba.br/sites/ppgms.ufba.br/files/regpg_completo_revisado_em_26-12-2014.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Conselho Universitário. *Resolução nº 01/2011*. Regimento Interno da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Salvador, 28 jun. 2011a. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/467>. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *XV Seminário Estudantil de Pesquisa*. Salvador, 2018a. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/content/xv-seminário-estudantil-de-pesquisa>. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *XVI Seminário Estudantil de Pesquisa*. Salvador, 2018b. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/content/xvi-semin%C3%A1rio-estudantil-de-pesquisa-0>. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *XVII Seminário Estudantil de Pesquisa*. Salvador, 2019a. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/content/xvii-semin%C3%A1rio-estudantil-de-pesquisa>. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *XVII Seminário Estudantil de Pesquisa*. Salvador, 2019b. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/content/xvii-semin%C3%A1rio-estudantil-de-pesquisa>. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *XVIII Seminário Estudantil de Pesquisa*. Salvador, 2019c. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/content/xviii-semin%C3%A1rio-estudantil-de-pesquisa>. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *XX Seminário Estudantil de Pesquisa - indicados ao Prêmio Jessé Accioly e percentuais de participação em 2021.1*. Salvador, 3 jun. 2021a. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/content/xx-semin%C3%A1rio-estudantil-de-pesquisa-indicados-ao-pr%C3%AAmio-jess%C3%A9-accioly-e-percentuais-de>. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Indicados ao Prêmio Jessé Accioly e percentual de participação no Seminário Estudantil de Pesquisa SLS*. Salvador, 5 jan. 2021b. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/content/indicados->

ao-pr%C3%AAmio-jess%C3%A9-accioly-e-percentual-de-participa%C3%A7%C3%A3o-no-semin%C3%A1rio-estudantil-de. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. Núcleo de Formação Científica. *Instrução Normativa NFC-FMB-UFBA nº 1/2015*. Salvador, 31 mar. 2015. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/2256>. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia da. *Regulamento do Prêmio Acadêmico Professor Jessé Accioly*. Faculdade de Medicina da Bahia-FMB-UFBA. Prêmios. Salvador, 5 set. 2017. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/9469>. Acesso em: 28 jun. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. Universidade Federal da Bahia. *Resolução FMB-UFBA nº 06/2011*. Aprova o Regimento do Núcleo de Formação Científica (NFC) da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, 2011b. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/347>. Acesso em: 16 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Pró-Reitoria de Pesquisa, Criação e Inovação. *Edital PROPCI/UFBA 01/2021 – PIBIC. 2021*. Salvador, 2021c.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Pró-Reitoria de Pesquisa, Criação e Inovação. *Relação de Bolsistas PIBIC 2020/2021*. Salvador, 2021d.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde. *Objetivos*. Salvador, [200-]. Disponível em: <https://ppgms.ufba.br/pt-br/objetivos>. Acesso em: 19 jul. 2021.

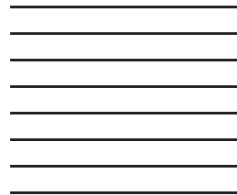
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde. *Histórico*. Salvador, [200-?]. Disponível em: <https://possaude.ufba.br/pt-br/historico>. Acesso em: 19 jul. 2021.

VARELA, A.; VELLOSO, V. P. Escola Tropicalista Baiana. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930)*. Rio de Janeiro, [2002]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/esctroba.htm#topo>. Acesso em: 11 jul. 2021.

VELLOSO, V. P. Escola de Cirurgia da Bahia. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. *Dicionário histórico-biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Rio de Janeiro, [2002]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escirba.htm#topo>. Acesso em: 11 jul. 2021.

VIANA, C. L. de M. *et al.* Repositórios Institucionais em ciência e tecnologia: uma experiência de customização do Dspace. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE BIBLIOTECAS DIGITAIS, 3., 2005, São Paulo. *Anais [...]*. São Paulo: [s. n.], 2005. p. 1-27.

ZORZETTO, R. *et al.* The Scientific Production in Health and Biological Sciences of the Top 20 Brazilian Universities. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, Ribeirão Preto, SP, v. 39, p. 1513-1520, 2006.



19

CRÔNICA: DOM QUIXOTE DE BERIMBAU

Ronaldo Ribeiro Jacobina

Nesses domínios nobres da atividade humana, pode-se dizer, traçou-se, Sérgio Cardozo, um destino real de Quixote do sonho. E era de um perfeito Quixote o seu pendão cavaleiro.
(Carlos Chiacchio, 13 maio 1936)

O RESGATE DO MENINO ESCRAVO

Era uma manhã ensolarada de abril de 1883. O navio *Trent*, um belo paquete inglês, estava ancorado no mar da Bahia de Todos os Santos, a cerca de 600 metros, por falta de um cais acostável, que só veio a ser construído em Salvador anos mais tarde.

O paquete ia receber naquela manhã uma comitiva ilustre com destino ao Rio de Janeiro. Retornava à corte o homem mais poderoso do Império, o baiano João

Maurício Wanderley. Ele fora presidente da província da Bahia, senador e, no final da viagem de Pedro II à Bahia, Sergipe e Alagoas, foi agraciado com o título de barão com grandeza de Cotegipe. Era um escravocrata convicto que, além de ministro da Justiça, iria mais tarde comandar o gabinete conservador que mais se opôs à abolição da escravatura em todo o governo monárquico de Pedro II.

Dois saveiros iam transportar a comitiva. No primeiro, estaria o barão, sua família e alguns auxiliares e amigos da corte que vieram à “Boa Terra”. No segundo, a bagagem pesada e os escravos amontoados. Entre os últimos, faria viagem também um menino negro de 12 anos, Lino Caboto, registrado como nascido alguns dias antes da aprovação da lei de 28 de setembro de 1871, chamada de Lei do Ventre Livre.

Para compor a trama há um outro personagem que deve vir à cena: o acadêmico de Medicina Sérgio Cardozo. Nascido na Fazenda Salgado, no município de Santo Amaro da Purificação, em 7 de outubro de 1858, a criança foi batizada com o nome Sérgio Cardozo Afonso de Carvalho. Sua mãe se chamava Alexandrina Francisca e seu pai, o mulato José Joaquim Cardozo, era negociante de pedras preciosas das Lavras Diamantinas. Essa ocupação ele herdara do pai, um português que, apaixonado, alforriou sua escrava e casou-se com ela, avó paterna de Sérgio.

Ainda criança, Sérgio concluiu os estudos primários e veio para Salvador fazer humanidades, frequentando os melhores colégios da capital da província. Ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) em 1876, quando solicitou ao pai para retirar o sobrenome com o qual tinha sido adornado no batismo: “Afonso de Carvalho”. Era um jovem magro, ereto, de cabelos crespos.

Sérgio Cardozo, como queria ser nomeado, encontrou na faculdade primaz do Brasil um clima propício aos seus ideais libertários. A Sociedade 2 de Julho, criada desde a década de 1950 por um grupo de estudantes, era uma organização abolicionista que fomentava a discussão e arregimentava adeptos à causa. Ela teve como destaque o acadêmico José Luiz de Almeida Couto, que depois se tornaria lente de Clínica Médica da faculdade e um político de destaque no Partido Liberal, tendo sido presidente de São Paulo, em 1884, e o último presidente da província da Bahia, quando da proclamação da República.

Naquele momento, entretanto, havia muita agitação e os militantes mais do que discursos realizavam ações ousadas de invasão das senzalas e libertação dos escravos. Promoviam também a transferência deles para os quilombos, além de campanhas em que arrecadavam recursos e compravam a liberdade dos negros.

Com seus traços mestiços, Sérgio assumiu desde a adolescência sua identidade étnica e possivelmente isto foi um elemento de identificação com seu mestre e companheiro de luta abolicionista, o também mestiço José do Patrocínio, filho de um padre com uma negra. Na visita do Marechal Negro, em viagem por várias

capitais nordestinas, em fins de 1882, o acadêmico e um grupo de amigos, ante a ameaça de alguns fazendeiros do interior de mandar seus capangas para surrá-lo, formaram um cinturão de proteção ao líder abolicionista. Na Bahia, Patrocínio foi tratado como herói, tendo sido carregado nos braços de uma multidão, desde o momento que desceu do saveiro que o transportou do navio Espírito Santo ao cais, até o Hotel Bonneau, onde se hospedou e da sacada fez o seu primeiro discurso. Sua conferência mais importante foi no Liceu de Artes e Ofícios, lugar onde dois anos depois, seu jovem discípulo já famoso também faria uma conferência concorrida.

Mestiço, jornalista e estudante da área da saúde, estas eram coincidências biográficas que despertaram simpatias do *Tigre da Abolição* por Sérgio Cardozo.

— Assim que for possível, visite-nos no Rio de Janeiro. Eu e Bibi teremos o maior prazer em receber você e sua noiva em nossa casa.

Com a determinação dos jovens, respondeu Cardozo:

— Quando a nossa causa abolicionista estiver consolidada aqui na Bahia, como já está na corte, irei visitá-lo. E farei com muito gosto. Será para mim e Elisa uma honra usufruir de sua hospitalidade, senhor Patrocínio.

O *Tigre* franziu a testa e falou de modo suave e simpático:

— Sérgio, nada de senhor. Aqui, nós somos *corregionários*. Irmãos, numa luta maior que é esta nossa, a de pugnar pela liberdade e pela justiça.

O acadêmico apertou a mão calorosamente de seu ídolo.

Voltemos à trama inicial no cais. Os estudantes tinham sabido que o Barão de Cotegipe resolvera dar de presente a um amigo na corte, o pequeno Lino, retirando-o dos cuidados de sua mãe, Isaura. Desesperada, ela apelou para outros escravos e, através de um liberto que frequentava o solar do barão, seu apelo materno chegou – via o jornalista Pánfilo de Santa Cruz – aos ouvidos da organização abolicionista. Pánfilo era o principal dono da *Gazeta da Tarde*, jornal cujo nome se inspirava no homônimo carioca, de Ferreira de Menezes, cujo principal destaque era a pena implacável de José do Patrocínio. Entre os colaboradores da gazeta baiana estava o amigo Sérgio Cardozo, o mais competente e mais apaixonado abolicionista.

Eles obtiveram a descrição minuciosa de como seria o embarque: dia, hora, membros da comitiva e outros detalhes. Sérgio, que já possuía um vínculo com um dos líderes dos saveiristas, responsável pelo transporte de passageiros e bagagens no porto, o Chico de Justina, combinou com este simpatizante da causa abolicionista como seria o resgate. Chico ficou com a tarefa de conduzir o barco que transportaria os escravos e facilitar a abordagem.

Estamos novamente no cenário daquela manhã ensolarada. O primeiro saveiro fez sem dificuldades o transporte do barão e sua comitiva, mas, logo que o segundo saveiro, que levava a bordo aos magotes escravos e bagagem, já estava próximo para realizar o embarque no vapor *Trent*, os tripulantes foram surpreendidos por

outro barco. Era conduzido por saveiristas de Mar Grande, simpatizantes da libertação dos escravos, que, acompanhados de um grupo de estudantes liderados por Sérgio Cardozo, interceptaram a embarcação, onde Chico de Justina tinha facilitado à abordagem. Desse modo, conseguiram transferir os escravos, inclusive o menino Lino Caboto, carregado nos braços de Cardozo, para o saveiro “pirata” que, via Península Itapagipana, retornou ao continente.

O Barão de Cotegipe, temendo o escândalo, ao constatar que as bagagens não tinham sido violadas e todas foram resgatadas, autorizou a saída do paquete. Todavia, antes da partida, solicitou das autoridades, que acorreram ao porto e ao navio, que fossem tomadas medidas para punir “os malfeitores, em especial os anarquistas e desordeiros abolicionistas que estão por trás dessa operação terrorista”.

O barão, um homem duro, inflexível e autoritário, planejava friamente uma medida para punir a quem teve a ousadia de desafiar-lo. Com uma raiva contida, ainda maior ficou, quando soube que o resgate tinha sido obra de um acadêmico de Medicina e jornalista que chegou a inscrever como lema do seu jornal *O Mefisto* – de circulação restrita em ambiente acadêmico – a frase subversiva do abolicionista baiano Luís Gama: “Todo escravo tem o direito de matar o seu senhor e aquele que não o faz é miserável”. Através de uma missiva, cobrou medidas de seu amigo, o Barão de Itapoã, catedrático na Faculdade de Medicina.

Os escravos foram quase todos recuperados pela polícia, quase sempre a serviço dos escravistas. Com o trabalho de alcaguetes, os policiais souberam que o menino Lino Caboto estava escondido na sede da gazeta, no centro da cidade, numa rua que depois iria homenagear o Chile, este belo e culto país latino. O jornal foi cercado e Sérgio e Pánfilo, de mãos dadas com o moleque, entregaram-no ao chefe de polícia, que agiu com moderação e, de certo modo, com simpatia para com os jovens abolicionistas. Era triste ver os militares em geral serem transformados em “capitães-do-mato”.

Houve no episódio uma vitória abolicionista. O fato foi noticiado por outros jornais na Bahia e repercutiu naquele movimentado abril de 1883. O barão, temendo maior repercussão, pois Cardozo já tinha enviado a notícia para a *Gazeta da Tarde* da corte e José do Patrocínio reproduziu o texto do acadêmico de Medicina e jornalista denunciando o “brutal gesto do Ministro da Justiça” e aquela não seria a única vez que Patrocínio prestigiaria o jovem escriba, reproduzindo sua reportagem publicada na Bahia. Num trecho, o artigo dizia:

Uma criança – Lino Caboto - que deveria ter sido beneficiada pela Lei de 29 de setembro, através do recurso torpe da falsificação de documentos, continuava escrava e ia ser oferecida como um objeto, um souvenir pelo Ministro da Justiça do governo imperial a um amigo da Corte. Onde está o tão falado poder moderador do Imperador? Será que temos um déspota nada esclarecido agindo fora do trono?

Cotegipe não quis alimentar aquela polêmica, então desistiu de ofertar o pequeno escravo ao amigo e, de modo discreto, acompanhou as ações que ele desencadeou na Bahia. Queria dar um exemplo a quem o desafiasse e que o fizera com tanto ousadia, como naquele acontecimento.

O processo que abriu contra Sérgio Cardozo quase levou o velho pai do acadêmico de Medicina à falência. Ele, porém, nunca deixou de apoiar seu filho na causa abolicionista. Era um tributo que prestava a sua mãe, que tinha sido escrava. A outra frente de ataque do ministro da Justiça foi na faculdade, com a ajuda do influente Adriano Alves Lima Gordilho, que nasceu em 1830 e se suicidou em outubro de 1892, deixando perplexos colegas e amigos. Formado pela FMB, Adriano Gordilho se tornou lente na cátedra de Anatomia Descritiva, depois se transferiu para a cadeira de Partos em 1875, tendo obtido o título nobiliárquico em 1872.

Ele obteve da congregação a aprovação de seu nome como o docente responsável pelo acompanhamento da elaboração das teses inaugurais que os alunos deveriam apresentar ao final do curso, além de ser o titular no internato de obstetrícia, a “cátedra de partos”, como denominada na época.

Se, por um lado, este prestígio do Barão de Itapoã lhe era adverso, havia, por outro lado, fatores que favoreciam a posição do jovem rebelde. Naquele mesmo ano – 1883 – foi criada a Sociedade Libertadora Bahiana, uma organização da sociedade civil, que congregava os abolicionistas na Bahia, tendo em seus quadros, entre outros, os professores Luiz Álvares dos Santos, catedrático de Terapêutica da FMB, e Luiz Anselmo da Fonseca, adjunto de Higiene. No ano seguinte, Cardozo se tornaria sócio efetivo da entidade.

O Barão de Itapoã usou o poder quase ilimitado que o professor tem no processo de avaliação do aluno para perseguir Sérgio Cardozo. O momento mais grave, entretanto, foi um episódio que ocorreu nos corredores da Faculdade de Medicina, no Terreiro de Jesus. O lente saiu dos seus cuidados e advertiu ao acadêmico que a faculdade respeitava a diversidade de ideais, contudo não toleraria atos terroristas, de sequestros e atentado à propriedade, como o que ele teria cometido contra o ministro da Justiça, “o mais importante homem público da Bahia”. O acadêmico reconhecendo de onde vinha aquela voz, respondeu à altura, dizendo:

— Não, mestre, não cometi nenhum crime. Quem cometeu e ainda comete é a aristocracia escravocrata. É esta elite que sequestra a liberdade em nossa nação, tirando de homens, mulheres e crianças o direito mais fundamental deles – o de ser um ser humano. É esta elite perversa que reduz a pessoa humana à condição de coisa ou animal de estimação.

Professores e estudantes, que chegaram ao local, apartaram os dois contenciosos. Do fato, porém, veio a versão; da história, as estórias. Um jornalista

conservador a soldo dos escravistas chegou a publicar que o “acadêmico radical Sérgio Cardozo” tinha dado uma bofetada no seu mestre, o Barão de Itapoã.

Este episódio foi a gota d’água para o abolicionista. No quinto ano, antevendo a dificuldade que teria a partir dali, sobretudo pelo poder acadêmico que tinha o lente da cátedra de Partos, Sérgio resolveu viajar para o Rio de Janeiro e visitar seu amigo José do Patrocínio. Ele não mais se matricularia no curso médico.

Figura 1 – O jovem Sérgio Cardozo



Fonte: arquivo pessoal de Elisa Cardozo Brandão.

DE ABOLICIONISTA NA CORTE A REPUBLICANO NA CAPITAL FEDERAL

UM PEQUENO GRANDE GESTO PARA A LUTA ABOLICIONISTA

Sérgio Cardozo, sentindo-se sufocado na Bahia, resolveu aceitar o convite do *Tigre da Abolição* e visitar a corte, onde “reinava” não Pedro II, mas o seu algoz: o Barão de Cotegipe.

Essa não foi ainda a viagem mais duradoura que ele faria ao Rio na companhia de sua jovem esposa, Elisa, após a abolição da escravatura. Desta vez, Sérgio fez sozinho. Procurou Patrocínio que o acolheu com hospitalidade e carinho.

O editor da *Gazeta da Tarde*, para não o deixar ocioso, solicitou sua colaboração jornalística, remunerada da mesma forma que fazia com os outros colaboradores. O jovem jornalista passou a viver uma vida intensa na corte, de agitação política e

de boemia. Numa dessas noitadas animadas com amigos, ele, num papel discreto, protagonizou um episódio de delicadeza e solidariedade que repercutiu na luta abolicionista.

Assistia com outros boêmios a uma companhia de ópera italiana no Teatro Pedro II, cuja *prima-donna* era a soprano russa Nadina Bulicioff, um fenômeno vocal de 26 anos de talento e graciosidade, como se tivesse saído das telas de Renoir, o padrão estético da época. Um grupo de admiradores, entre os quais o jornalista baiano já usando sua barbicha, que resultou no apelido do Cavaleiro dos Moinhos de Ventos, reuniu-se para oferecer uma rica joia à cantora. Cardozo comprometeu uma parte significativa do que tinha economizado com o pagamento que a gazeta tinha feito de seus artigos como jornalista colaborador. Quando chegaram, em séquito, ao camarim da jovem russa, ela agradeceu o gesto, entretanto, pediu que os ardorosos fãs aplicassem o valor da joia para alforriar algumas mulheres escravizadas, sobretudo aquelas que tivessem filhos libertos. Os admiradores se comoveram com o seu gesto.

Na saída do teatro, o escritor e boêmio Paula Ney, também colaborador da gazeta, propôs que dessem os dois presentes. Já tinham a joia, agora teriam de arrecadar os recursos necessários para libertar sete escravas, uma por cada apresentação de Nadina no Rio. Na sétima apresentação, na qual ela cantaria árias de *Aída*, *Fausto e Trovador*, eles entregariam publicamente os dois presentes. Souberam que o imperador iria para esta triunfal despedida. Mais ainda, o chefe do Gabinete Ministerial, Barão de Cotegipe, também estaria com a família e amigos. Sérgio teve a ideia de sugerir que só havia um orador para entregar a joia à Nadina e receber dela o gesto libertador.

Combinaram com o empresário italiano Cláudio Rossi, que, ao ler os recortes do êxito de *monsieur* Patrocínio em sua viagem a Paris, aceitou a proposta. Em 10 de agosto, depois da performance da divina Nadina, ela recebeu em cena aberta, além das flores, um grupo de jovens abolicionistas, que ofereceu a joia cara e uma outra joia mais rara – as sete cartas de libertação – para ser entregue às sete negras alforriadas, que subiram ao palco na companhia de José do Patrocínio. Ele se ajoelhou e beijou-lhe as mãos. O imperador e toda a família real se emocionaram e o Barão de Cotegipe quase teve uma congestão pulmonar, termo em voga na época. E o *Tigre* fez um discurso brilhante, no qual, de início, louvou a artista “*que, às fulgurações das joias caras, preferia o clarão da liberdade*”. No final, arrematou dizendo que havia no Brasil “*um punhado de corações decididos a fazer todos os sacrifícios para que essa vergonha, para que essa infâmia desapareça*”. E pediu uma vibrante ovação à Nadina e à ‘Abolição da escravatura, sem indenização’. A plateia foi ao delírio.

Este foi um pequeno gesto, pequeno e grandioso gesto da artista, emoldurado numa cena estrategicamente construída pelos jovens abolicionistas, que deu ânimo e fôlego ao movimento, num momento que a causa estava ameaçada de ser esmagada pela força repressiva dos escravistas, sob a tutela do barão. Não foi por acaso que, quando a princesa Isabel, na regência, assinou a Lei Áurea, Cotegipe, cujo ministério tinha caído no início de 1888, foi cumprimentá-la e disse uma frase que ficou famosa: “Vossa Majestade redimiu uma raça, mas acaba de perder o trono”. A frase se revelou profética. O barão foi muitas coisas, mas tolo, nunca.

O JORNALISTA DA CIDADE DO RIO

Ainda em 1885, Cardozo retornou a Salvador, declinando pelo menos provisoriamente o convite de Patrocínio para trabalhar no jornal carioca. Dois anos depois *Zé do Pato*, apelido que o orador negro nunca rejeitou, romperia com seu sócio na *Gazeta da Tarde* e fundaria outro jornal, *A Cidade do Rio*. Em 13 de maio de 1888, portanto, Sérgio Cardozo estava na Bahia, e, naquele momento da vitória abolicionista, ele escreveu na sua *Gazeta da Tarde*, jornal que tinha também a militância, entre outros, do prof. Luis Anselmo da Fonseca, o seguinte texto: “*Temos o justo orgulho de dizer a esta terra, do alto das ameias deste baluarte que não se rendeu na luta, estas palavras que ficarão aqui gravadas como por ‘um buril de fogo sobre uma lâmina de bronze’: Lutamos e vencemos!*”.

No dia da abolição, quando voltou para casa, beijou com ardor sua jovem esposa – uma costureirinha do interior baiano, que ele conheceu num dos comícios feito em prol da abolição – e gritou:

— Este é o dia mais feliz de minha vida. Vencemos, Elisa. Lutamos muito e vencemos, meu amor!

Beijaram-se e amaram-se com a intensidade dos apaixonados. Depois, saíram juntos para comemorar na praça. O Campo Grande estava apinhado de gente de todas as cores, como no dia 2 de Julho, quando se comemora a Independência do Brasil na Bahia. Os abolicionistas de primeira hora, como ele, e os de última hora, festejavam uma vitória conquistada com muita luta e sangue, que depois tentaram transformar numa simples doação de uma Princesa Redentora, que assinou a Lei Áurea, porque não tinha outra opção. Relembremos que o duro e lúcido barão a advertiu que, com aquela assinatura, ela acabava de perder o trono. A luta agora era pela República. E o republicano Sérgio Cardozo estava nela.

Após a abolição, os dias efusivos de comemoração, o casal retomou a vida dura do dia a dia, das coisas mezinhas. Sérgio resolveu ir, em exílio voluntário, com sua mulher Elisa, para o Rio de Janeiro. Foi na *Cidade Maravilhosa* que tiveram seus dois filhos, Elderico e Elizette.

No último ano da Monarquia e nos primeiros da República se dedicou às atividades de imprensa. Cardozo que, ao chegar, recebeu de Patrocínio uma tesoura para recortar notícias dos outros jornais cariocas e fazer um comentário criativo para que a notícia não deixasse de ser publicada no *Cidade do Rio*.

O *Tigre da Abolição* começaria a viver um período de dificuldades. No curto período entre o 13 de maio e o 15 de novembro, ele recebeu a pecha de monarquista pela sua simpatia pela princesa regente e seu rancor contra os republicanos escravocratas. Chegou inclusive a ser acusado de comandar a “guarda negra” contra Silva Jardim. Isto o magoou muito, pois ele era admirador do líder republicano paulista.

Para Sérgio, o momento era animador. Não demorou muito para que sua competência fosse reconhecida e ele se tornou o secretário de redação do novo jornal. Como secretário, tinha seu nome no cabeçalho de *A Cidade do Rio*, ao lado de Olavo Bilac. Nessa função, ele recebia inúmeros bilhetes e cartas de autoridades, escritores e artistas, muitos deles colaboradores como Coelho Neto, Graça Aranha, Paula Ney. Estes bilhetes ilustravam o poder e o prestígio que tinha um secretário de redação de um jornal que tinha leitores. Já a correspondência dele com Patrocínio, além de revelar a confiança profissional do diretor, demonstrava o afeto e até a intimidade que existiam entre as duas famílias.

Houve dias inesquecíveis naquela redação de jornal. Um deles foi o dia que Carlos Gomes foi visitá-lo pessoalmente e agradecer vivamente pela apreciação de seu trabalho. O dia mais inesquecível, entretanto, foi um primeiro de abril. Sérgio recebia de casa uma marmita, depois duas, quando verificou que sempre havia alguém que, na pressa do trabalho, não tinha tomado sequer o café da manhã. Naquele dia, o molecote lhe trouxe os dois recipientes, como de costume. Desatento à data, ao abrir com displicência um deles, como se faz em atos rotineiros, Cardozo constatou que a vasilha estava cheia de pétalas de rosas. Os colegas que estavam no local de trabalho vibraram, com assovios e aplausos emocionados. Ao abrir a segunda, novamente pétalas. Nova ovação. Sérgio então, emocionado, comentou:

— Eu não terei fome, pois vou me alimentar com este gesto de paixão, mas vocês estão famélicos, não?

Enquanto todos riram, dois colegas responderam sim, no entanto um deles disse que suportaria a fome como uma homenagem ao amor. Não era preciso. O molecote retornou e entregou duas novas marmitas que estavam também quentes, só que desta vez com o calor da boa comida caseira. Caseira e baiana, uma cozinha pra nenhum gastrônomo – carioca, capixaba, mineiro ou paulista – botar defeito.

No episódio de Canudos, com a derrota do exército sob o comando do coronel Antônio Moreira César pelos sertanejos de Antônio Conselheiro, tendo o coronel morrido em 3 de março de 1897, os *florianistas* – discípulos de Floriano Peixoto, já falecido – exploraram o episódio, divulgando que a República estava em perigo, tendo sido os monarquistas que armaram os sertanejos do enlouquecido Conselheiro.

Jornais considerados simpatizantes da Monarquia foram atacados e depredados. Houve tumulto nas ruas, tendo aparecido os batalhões patrióticos, milícias fardadas que clamavam por uma solução imediata, isto é, armada. No dia seguinte, ao compreender o risco de perder o poder civil no Brasil, Prudente de Moraes, que estava licenciado por motivos de saúde (convalescente de uma cirurgia que extraiu cálculos na bexiga), reassumiu a presidência. Ele contrariava o desejo de seu vice, o baiano, ex-aluno e professor da FMB, Manoel Vitorino, que queria transformar a interinidade em permanência, com apoio dos jacobinos florianistas.

Nesse clima patriótico, o nosso personagem quixotesco não se omitiu. Ao saber que professores e estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia se alistaram para prestar assistência aos feridos em Canudos, como já tinha acontecido na Guerra do Paraguai, Sérgio Cardozo escreveu ao governador Luís Viana, da Bahia, se oferecendo para lutar pela legalidade e pela República. Por intermédio de seu auxiliar, Arlindo Fragoso, o governador agradeceu os serviços, mas recusou, salientando que ele prestaria melhores serviços à Bahia com sua atuação na imprensa do Rio.

Ainda bem que Cardozo não participou. Esse acontecimento histórico, esse fenômeno político, econômico e cultural, que foi Canudos, deveria ter sido estudado por cientistas sociais, mas foi transformado em uma guerra civil. Euclides da Cunha deu um testemunho valioso: “Aquela campanha lembra um refluxo para o passado. E foi, na significação integral da palavra, um crime. Denunciemo-lo”.

Ainda bem que em vez de dar tiros ou golpes de espada, os professores e estudantes de Medicina foram lá para cuidar das feridas, para salvar vidas, dos militares ou sertanejos.

O *Cidade do Rio*, ao tempo em que proclamava a vitória republicana, reconheceu que “Canudos não se rendeu”. O redator, que possuía o pendão cavaleiro do heroísmo, e alguns de seus colegas republicanos do jornal tiveram sensibilidade para reconhecer a coragem e a fibra daqueles homens e mulheres maltrapilhos.

No início do novo século, em 1902, *Cidade do Rio* foi definitivamente fechado, por falência. Patrocínio, num ostracismo político, contraiu uma enorme dívida e, de modo surpreendente, dedicou-se a um projeto delirante: construir um dirigível enorme, o Santa Cruz. Bem, essa nave jamais saiu do chão. Ele foi enterrado em 1905, deixando a família desamparada e imersa em dívidas.

É irônico e paradoxal que tenham sido poucos, como Cardozo, que se mantiveram solidário até o fim com o *Zé do Pato*, porém, nos funerais, houve uma verdadeira apoteose, com três cortejos fúnebres e inúmeros discursos à sacada.

É nesse momento, com a morte do amigo, que Sérgio Cardozo, mesmo empregado e colaborando em vários jornais do Rio, resolveu voltar à Bahia, mais preciso, à sua terra, o município de Santo Amaro. Mas ele não foi desamparado, pois, em maio de 1905, uma resolução do presidente Rodrigues Alves, através de seu ministro do Interior e Justiça, o baiano José Joaquim Seabra, nomeava Sérgio Cardozo suplente de juiz federal do município de Santo Amaro.

Com esta nomeação ele passava a atuar no distrito de Berimbau, seu torrão natal, hoje município de Conceição de Jacuípe, que pertencia a Santo Amaro. Embora não fosse formado em Direito, esse republicano assumiu as suas funções, inclusive as novas de um Estado que, enfim, formalmente se separou da Igreja e se tornou laico.

Entre os inúmeros talentos de Sérgio Cardozo, nos quais se incluem o de escritor e a sua habilidade para com o desenho em bico de pena, nota-se que, sem a titulação formal, além de jornalista e juiz, ele foi também médico e farmacêutico.

MÉDICO, FARMACÊUTICO, JORNALISTA, JUIZ E ESCRITOR DE BERIMBAU

Ao se fixar em Berimbau, para exercer sua atividade como suplente de juiz federal, Sérgio Cardozo retomou duas vocações: a de profissional de saúde e a de jornalista. No distrito, morando num belo casarão, abriu uma botica anexa e exerceu a Medicina prática, na época tolerada socialmente, sobretudo em áreas como aquela, pois os Conselhos de Medicina, federal e estaduais, só se formalizaram e baniram a prática sem diploma nos anos 1950.

Dona Canô, a matriarca dos Veloso, lembra dele em sua infância. Quando ele, vindo da Fazenda Salgado ou do distrito para a sede do município, passava elegante em seu cavalo, tendo um lenço vermelho no pescoço, os humildes de Santo Amaro diziam:

— Lá vai o *Dotô*. Viva o *Dotô* de Berimbau!

A sensibilidade deste doutor para com os doentes pode ser melhor compreendida pela experiência que ele próprio passou quando criança. Uma infecção no olho, por uma troca de medicamento, resultou na extração de seu olho esquerdo, que foi substituído por uma prótese de vidro. Em sua farmácia no distrito, ele medicava as pessoas, atendendo-os gratuitamente pela tarde, pois a manhã ele passava no fórum, na sua função de juiz.

Outro talento que ele desenvolveu concomitante com o jornalismo, foi o de escritor. Ainda acadêmico de Medicina escreveu romances, como *A Escrava Branca*,

que publicou em folhetim na *Gazeta da Tarde* de seu amigo Pánfilo. No *Cidade do Rio*, publicou *Os mistérios da Bahia* e os contos indianistas “A Tapera Maldita” e “Contos Indígenas”. Já em Berimbau, escreveu um livro de memória histórica para sua terra natal: *Santo Amaro: memória histórica e descritiva do município*.

Para se compreender a coerência desse guerreiro, há no prefácio de “Contos Indígenas” um trecho onde Cardozo manifestava sua insatisfação com a pura e simples invasão sem incorporação de palavras estrangeiras à nossa língua, ameaçando as nossas manifestações culturais, sobretudo populares, muito antes desse fenômeno contemporâneo denominado de globalização:

Quando outro valor não tenha a presente obra, servirá ao menos de protesto ao estrangeirismo que nos invade avassalando tudo, matando os nossos usos, atrofiando os nossos costumes, fazendo esquecer as nossas tradições populares, servirá de estímulo a outras inteligências mais esclarecidas para continuar a obra de Alencar e Gonçalves Dias.

Sua preocupação não se mostrou infundada, pois, recentemente, o Boteco de Tonho, na Ilha de Itaparica, virou *Antonius’ Bar*. De volta ao nosso cavaleiro, esse homem de fibra, ressalte-se que ele era querido por muitos, mas odiado por alguns. Há um relato de um atentado que teria sofrido logo que retornou à Fazenda Salgado. Quando sozinho fazia uma viagem, à noite, montado a cavalo, ele foi emboscado por dois homens. Mesmo ferido à bala, conseguiu chegar em casa.

Estas cavalgadas não eram só de risco, como os personagens de seus romances. Numa noite de inverno junino, estando febril, procurou abrigo no sítio de sua amante Dulce, uma mulata com um rosto bonito e um corpo estonteante, que faz qualquer um perder o tino. Como o aguaceiro não passava, prendendo-o por todo o dia naquele refúgio e, pela força impiedosa das águas, começava a avançar na noite, que não costumava passar fora do lar, mandou um moleque, na idade do saudoso Lino Caboto, ir avisar sua esposa, que estava preso pelo temporal, mas logo que pudesse retornava à sua casa.

Elisa era uma esposa carinhosa e compreensiva. Alguns anos depois de casada, descobriu que o marido tinha quatro filhos numa união clandestina com uma bela santamarense chamada Maria Odília, que tinha o sugestivo apelido de Pomba. Ela nunca quis conhecer Pomba, mas acolheu como irmãos de sua prole os filhos naturais, como se chamava aqueles que nasciam fora do casamento sacramentado e abençoado.

Com garra e determinação pediu ao moleque Tatu, que a aguardasse. Apanhou capa, capote e outros apetrechos do marido, pegou a carroça, simples e rústica, porém com cobertura, convocou a fim de mostrar o caminho o garoto, que prendeu o burro no fundo do carro, e foram para a vivenda suspeita, escondida entre as árvores.

Ao chegar, pediu a Tatu para chamar seu marido. Atônito, o companheiro mulherengo saiu e recebeu as vestes para que pudesse vencer o temporal e retornar ao aconchego do lar. Ele entrou, beijou pela última vez sua Dulcinéia e saiu. Tomou as rédeas do coche, que agora se tornara uma carruagem de contos de fada, e voltou para o sobrado de Salgado. Mesmo febril, amou intensamente a mulher de toda sua vida. Era um amor essencial e não de circunstâncias. A alcova no casarão da fazenda nunca fora tão doce como naquela noite.

No outro dia, em Berimbau, passou em escritura pública a propriedade para a amante, ou melhor, ex-amante.

Para encerrar esta história, mesclada com estória (não, não me perguntem onde está uma e onde está a outra), há um acontecimento em sua maturidade que demonstra o mesmo destemor que havia no abolicionista e republicano. Como já referido, ele gostava de viver no campo e passear montado num burro corpulento e fofinho, Furacão, que realçava seu vulto estranho de cavaleiro errante no massapê baiano – o Dom Quixote de Berimbau. Alto, magro, mesmo quando idoso ainda ereto; nariz aquilino e o olho esquerdo de vidro; barbicha e bigode de Cervantes; e o lenço vermelho estrangulado por um grosso anel de ouro, que encantou a menina que mora em dona Canô.

Cardozo recebeu a notícia de que um dos seus empregados de confiança fora indevidamente preso por uma autoridade de São Bento do Inhatá, hoje pertencente ao município de Amélia Rodrigues. Montou ágil em seu burro Furacão e, armado, foi resgatá-lo como fazia nos tempos da escravidão.

Encontrou Zeca no caminho. A autoridade policial tinha soltado o preso, aconselhado por amigos que conheciam o gênio – e o destemor – de Sérgio. Isso não foi suficiente para arrefecer a indignação do nosso Quixote. Chegando ao local, ele desafiou o subdelegado, tido à conta de truculento. O desafio foi feito, sem reação do tirano local, à vista não só dos praças do destacamento policial, mas da população que vinha para um movimentado dia de feira no povoado. Era mais um episódio que fazia crescer o mito.

Com 75 anos, Sérgio Cardozo faleceu em 4 de julho de 1933. Seus ossos foram colocados na igreja que construiu em Berimbau. No ossuário tem a seguinte inscrição: “Lembremos tuas glórias e seguiremos tuas virtudes”. Seu nome foi dado ao fórum do município de Conceição do Jacuípe, nome atual de Berimbau, que tinha se emancipado de Santo Amaro em 1961, tendo o município se instalado em 1963. Entre as homenagens que recebeu, uma tem grande valor simbólico. Foi o seu nome dado a uma pequena rua no bairro da Liberdade, em 9 de setembro de 1934. Não poderia ter um local melhor para homenagear este abolicionista de raiz e republicano convicto.

O professor da FMB, médico e santamarense José Silveira, através do Núcleo de Incentivo Cultural de Santo Amaro, para homenagear o conterrâneo ilustre, criou o troféu Sérgio Cardozo, para premiar um jornalista que se destaque na área cultural. A entrega é feita no dia 7 de outubro, data de aniversário do patrono do troféu.

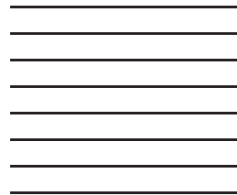
Não foi professor da FMB, nem mesmo formalmente foi médico, mas ele foi um acadêmico de Medicina, um dos que honram esta bicentenária instituição. As glórias de Sérgio Cardozo merecem ser lembradas e suas virtudes serem seguidas. E seus defeitos perdoados.

Figura 2 – Sérgio Cardozo (1858-1933)



Fonte: arquivo pessoal de Elisa Cardozo Brandão.

A Elisa Cardozo Brandão, bisneta de Sérgio Cardozo e sua guardiã.
Ao meu amigo Sérgio Cardozo Muricy (*in memoriam*)
Salvador, 28 de janeiro de 2008.



SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)

Adrielle Conceição de Castro é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Alan Gualberto de Souza de Freitas de Pinho é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Allan Botura Brennecke é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Alyssa Doin Siebra é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Ana Carolina Vilasboas Aguiar é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

André Luiz Peixinho é mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutor em Educação pela UFBA, professor titular da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e professor associado da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Ângela Marisa de Aquino Miranda-Scippa é professora titular do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Antonio Wanderson Vieira Goes é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ariana Lopes Cerqueira é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Audrey Marina da Cunha Gouveia é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ayla Moraes Vitória Guerra é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Bárbara Costa Dacttes Gonçalves é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Bárbara Victória Peixoto Lima da Costa é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Beatriz Barbosa Viana graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Bianca Santana Rezende é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Breno Gabriel Araújo Sampaio de Jesus é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Bruna Campos Carvalho Góes é graduanda em Medicina pela Universidade Salvador (Unifacs).

Bruno Araujo de Jesus é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Caio José Torres Marques é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Camila Vasconcelos de Oliveira é professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Daniel Barroso de Andrade graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Daniel Oliveira Medina da Silva é bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e graduando do curso de Medicina da UFRB.

Daniel Rocha Cavalcante de Farias é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Debora Jamile Pereira da Silva é graduanda no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ellen Fernanda Silva Moura é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ernane Nelson Antunes Gusmão é professor adjunto aposentado do Departamento de Nefrologia da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Fernanda Figueiredo Nunes é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Fernando Meira de Britto Oliveira é graduado em Medicina pela Faculdade de Tecnologia e Ciência (FTC) e residente de Medicina de Família e Comunidade na Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia (EESP/BA).

Filipe Macedo Cordeiro é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Flávia de Souza Santos é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Gabriel Vitor do Amor Divino de Jesus é bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Gabrielle dos Reis Santos é bacharela em saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Gabrielli da Rocha Sotero é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Géssica Barbosa da Silva e Silva é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Giovanna Harzer Santana é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Giulia Engel Accorsi é graduada em Biologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre e doutora em História das Ciências e da Saúde pela Casa Oswaldo Cruz (COC)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Gustavo Santos Araújo graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Hederson Gabriel Santos de Jesus é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Heliakim Soares dos Santos é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Isabela Cunha Magalhães Costa é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Jamile Valença Resende Mercês é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Jéssica Lais Frexeira Nascimento é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

João Mateus Pereira de Araujo é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Joice Borges Costa é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

José Gabriel Sampaio Sales Filho é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Júlia Brito Vieira Thimmig é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Julie Matos Boeloni graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Laisse Antonia Cardoso de Souza é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Larissa Alves Fernandes é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Larissa Carolina Silva Matias é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Larissa Waltrick da Silva é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Larrie Rabelo Laporte graduanda em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

Laura Francisca Moura Santos é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Laura Soares Gandra é bacharela em Serviço Social pela União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime), bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades,

Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Lindracy Luara Bollis Caliaría é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Lísia Marcílio Rabelo é professora associada do Departamento de Saúde da Família e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Lorena Souza Mello Leite é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Luan Magalhães Araújo Borges é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Lucas Santana Bahiense Filho é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Luiza Lopes Cabral Brito é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Manuelle de Souza Barreto é bacharela em saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Maria Clara Lopes Almeida Santos é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Maria Clara Moreira Costa é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Maria Luiza Castro Cardozo dos Reis é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Maria Theresa Corrêa Evangelista é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Mariana Moura Costa é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Marina Evangelista Ferrer é graduanda em Medicina pela Faculdade Santo Agostinho (FASA).

Michele Almeida dos Santos é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Michelle Vilas Boas de Sousa é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Mileide Souza Lima de Almeida é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Milena Quintela de Alcântara é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Murilo de Souza Carneiro é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Mônica Angelina Gomes de Lima é graduada em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestra e doutora em Saúde Coletiva também pela UFBA. Professora titular da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB).

Nágila Karinna Boaventura da Silva é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Nicole Mariana Gomes D’Oliva é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Patrícia Medeiros Schoeller é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Paulo Gilvane Lopes Pena é mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutor em Ciências Sociais pela École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS/Paris) e professor titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Pedro Fernandes Abbade é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Rachel Ferraz Lessa é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Rafaela Góes Bispo é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Rafaela Nery de Araújo é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Raphael dos Santos Cerqueira é graduado em Radiologia pelo Instituto Federal da Bahia (IFBA), bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Rayane Kele Lima de Almeida é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

Ricardo Gaspar Loureiro Filho é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Rodrigo Almeida Magalhães Oliveira é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ronaldo Ribeiro Jacobina é professor aposentado do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Rosa Maria Guimarães de Almeida Calado é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Samuel de Santana Mota é bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Silvio Romero da Silva Larangeira Junior é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Sofia Sampaio Paixão é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Thaiz de Andrade Pedrosa é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Tomaz Mattedi Carvalho é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Vanessa Catarine da Silva é bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Victoria Bastos Rodrigues é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Victória Rodrigues Marta é graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Vinicius Pereira de Carvalho é bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade pelo IHAC/UFBA e graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

Vinicius Santos Pereira Moreira é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Walter Gabriel Neves Cruz é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Wellington Fernando de Almeida Mendonça é graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Formato: 19,5 x 27 cm

Fontes: Tiempos Text e Barlow

Miolo: Papel Alta Alvura 75 g/m²

Capa: Cartão Supremo 300 g/m²

Impressão: Gráfica 3

Tiragem: 300 exemplares

GIULIA ACCORSI

Graduada em Biologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre e doutora em História das Ciências e da Saúde pela Casa Oswaldo Cruz (COC)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

EDUARDO REIS

Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Saúde Pública pela UFBA e doutor em Medicina pela UFBA.

RONALDO JACOBINA

Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Saúde Comunitária pela UFBA e doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

ROSA CALADO

Graduada em Gestão de Saúde Pública pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI) e acadêmica de Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

SILVIO LARANGEIRA JUNIOR

Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

O quarto volume da série História da Medicina reúne textos que discutem as interfaces entre a história da Medicina e as esferas social, cultural e política. Os textos convidam o(a) leitor(a) a refletir sobre importantes e variados debates contemporâneos, a exemplo do racismo, do machismo e da transfobia estruturais e do autoritarismo. Temas como artes, religião, ciência, tecnologia e ética também são contemplados em suas articulações com o conhecimento médico. Diferentemente das obras já publicadas sobre o assunto, este livro foi produzido sobretudo por estudantes de graduação e buscou mais caracterizar-se como um convite à análise crítica dos assuntos de que trata do que esgotá-los. Direciona-se, desse modo, ao público amplo que tenha curiosidade e interesse em história da Medicina.

ISBN 978-65-5630-407-6



9 786556 304076