

# HISTÓRIA DA MEDICINA

Contextos e interseções da  
Faculdade Primaz do Brasil

Eduardo José Farias Borges dos Reis

Ronaldo Ribeiro Jacobina

Lorene Louise Silva Pinto

Giulia Engel Accorsi

Rosa Maria Guimarães de Almeida Calado

Thais Mudadu Carmona Machado

Silvio Romero da Silva Laranjeira Junior

Organizadores

Volume 1



# **HISTÓRIA DA MEDICINA**

Contextos e interseções da  
Faculdade Primaz do Brasil

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**

Contextos e interseções da  
Faculdade Primaz do Brasil

Eduardo José Farias Borges dos Reis  
Ronaldo Ribeiro Jacobina  
Lorene Louise Silva Pinto  
Giulia Engel Accorsi  
Rosa Maria Guimarães de Almeida Calado  
Thais Mudadu Carmona Machado  
Silvio Romero da Silva Laranjeira Junior  
Organizadores

**Volume 1**

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*

Ilustração da capa: *Eunara de Queiroz*

Revisão: *Aline Silva Santos*

Normalização: *Sandra Batista*

Sistema Universitário de Bibliotecas – UFBA

---

H673 História da medicina : contextos e interseções da Faculdade Primaz do Brasil /

Eduardo José Farias Borges dos Reis ... [et al.], organizadores. – Salvador :

EDUFBA, 2022.

639 p. : il. – (História da medicina ; v. 1)

ISBN: 978-65-5630-404-5

1. Medicina - Bahia - História. 2. Faculdade de Medicina da Bahia - História.
3. Medicina - Estudo e ensino - Bahia - História. I. Reis, Eduardo José Farias Borges dos. 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

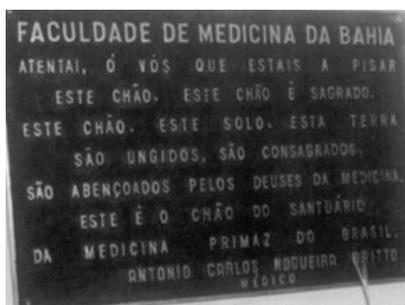
## DEDICATÓRIA COM AGRADECIMENTO

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”.<sup>1</sup>

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.

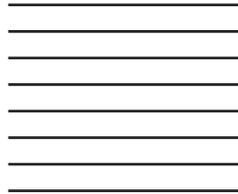
1 Ver em: <http://www.fameb.ufba.br/content/nota-de-pesar-prof-antonio-carlos-nogueira-britto>.

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.



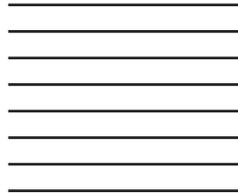
## SUMÁRIO

- 11**      **Prefácio**
- 15**      **Apresentação**
- 27**      **Apresentação do volume I: contextos e interseções da Faculdade Primaz do Brasil**  
Eduardo José Borges Farias dos Reis, Ronaldo Ribeiro Jacobina e Silvio Romero da Silva Laranjeira Junior
- 33**      **A história da disciplina História da Medicina na Faculdade de Medicina da Bahia**  
Ronaldo Ribeiro Jacobina, Eduardo José Borges Farias dos Reis e Felipe Barbosa Araújo
- 67**      **A pesquisa histórica da Medicina: questões metodológicas exemplificadas em pesquisas sobre a prática médico-social e sanitária**  
Ronaldo Ribeiro Jacobina e André Teixeira Jacobina
- 107**     **Breve história da Faculdade de Medicina da Bahia**  
Maria Carolina Paraiso Lopes, Bruno Carneiro Pinto, Matheus Honorato dos Santos Oliveira e Ronaldo Ribeiro Jacobina

- 143**      **A juventude e o estudante: uma história da gênese dos protagonismos**  
Silvio Romero da Silva Larangeira Junior, José Gabriel Sampaio Sales Filho e José William Oliveira dos Santos Justa
- 177**      **As mulheres na Faculdade de Medicina da Bahia**  
Adrielle Conceição de Castro, Giovanna Harzer Santana, Lorena Lima Almeida, Mayara Priscilla de Jesus dos Santos e Thayná de Cássia Santos Lopes
- 203**      **Onde estão os corpos negros na Faculdade de Medicina da Bahia?**  
Andherson Sthépheson Barberino Damasceno, Alanna Santos dos Reis, Daiane da Silva Pinto, Felipe Barbosa Araújo, Mayara Priscilla de Jesus dos Santos e Marcos da Costa Silva
- 233**      **Fisionomia de uma data: 22 de agosto de 1932. A vitória da solidariedade contra o poder autoritário**  
Ronaldo Ribeiro Jacobina, Maria Carolina Paraiso Lopes e Antônio Carlos Nogueira Britto
- 249**      **A Escola Tropicalista da Bahia**  
Rafael Marques Pereira, Mariana Moura Costa, Cristiano da Hora Cajado e Vanessa Catarine da Silva Matos
- 269**      **Do sonho à realidade: história, caminhos e perspectivas para o ensino médico na Faculdade de Medicina da Bahia**  
Ana Paula Meira Gomes de Carvalho, Fernando Jorge Nascimento Santos Junior, Gabriela Silva Mota, Júlia Spínola Ávila, Lhaís Rodrigues Gonçalves, Naiara Fonseca de Souza e Thiago Fonseca Geanizelle Figueiredo
- 297**      **O ensino de Anatomia para o curso médico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia**  
Telma Sumie Masuko, Lucas dos Santos Andrade, Marion Alves do Nascimento, Natália Contreiras Calazans, Isabela Salzedas Vilela e Adelmir de Souza Machado
- 327**      **O ensino de Fisiologia para o curso médico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia**  
Alan José Alcântara de Figueiredo Júnior, Amanda Lis Carneiro Patas da Cunha, Ana Carla dos Santos Costa, Larissa Ohana Santos Rodrigues de Araújo, Maria Auxiliadora Santos Haanwinckel e Almira Maria Vinhaes Dantas
- 357**      **Saúde e cuidado do estudante de Medicina: o que a história nos ensina, como as experiências nos desafiam**  
Camila Miyashiro, Carolina Oliveira Lima Ferreira, Carolina Pereira de Lima, Jardel Carvalho dos Santos Lima, Juliana Martins do Nascimento, Laís Marion Soares Bastos, Laura Soares Gandra, Letícia Silveira Vasconcelos, Luciana Santos Arruda, Rafaela Assis de Araújo Sales e Rita de Cássia Fagundes Gonzales

- 393**      **A história do Hospital Universitário na Bahia**  
Alef Amorim Moniz, Amanda Antunes Alves, Débora Jamile Pereira da Silva,  
Kátia Cardoso da Silva, Laisse Antonia Cardoso Souza e Mônica de Almeida Pereira
- 419**      **História da Saúde Pública e do SUS na Bahia**  
Thiale de Souza Rios, Felipe Asaf Borges Millard, Maria Eduarda Messias Vassoler,  
Mariralcia dos Santos e Santos, Werikson Roberths de Jesus Reis e Hêider Aurélio  
Pinto
- 441**      **História da Atenção Primária na Bahia**  
Vinicius Pereira de Carvalho, Leila Cristina da Silva Costa, Andherson Sthépheson  
Barberino Damasceno e Jamile Valença Resende Mercês
- 475**      **Os estudos em Genética na Bahia no século XX**  
Beatriz Malaquias Neves, Isabel Brito de Lima Araújo e Rafael Costa Sarno Neves
- 499**      **Vacinas: uma visão histórica e seus desafios éticos, técnicos e  
geopolíticos**  
Lincoln Aramaiko, Ceuci de Lima Xavier Nunes, Janaína Ibele Carvalho Gomes,  
Lucas Oliveira Senna e Silvio Fraga da Silva
- 527**      **História das epidemias na Bahia**  
Bruna Rodrigues Machado, Felipe Asaf Borges Millard, João Vitor Cavalcante  
Aleixo, Maria Vitória Mascarenhas Silva e Taynara de Oliveira Pereira
- 557**      **Debates entre a Microbiologia e a Medicina Social**  
Diego de Oliveira Souza, Izabelle Rocha Pontes, Juliane Bispo de Oliveira, Luana  
Araujo Passos, Luciene Sousa Santos, Natanael da Silva de Carvalho e Stefani Paiva  
de Santana
- 587**      **Uma preciosidade da história da Medicina: o Memorial  
da Medicina Brasileira**  
Ana Lúcia Albano, Celeste da Silva Santos, Ivanildes Silva de Souza e Ritta Maria  
Morais Correia Mota
- 615**      **O Sábio e o Verme**  
Ronaldo Ribeiro Jacobina
- 627**      **Sobre os(as) autores(as)**





## PREFÁCIO

*João Carlos Salles*  
Reitor da UFBA

A universidade é um projeto de longa duração. Ela não se faz como um artifício, mas antes como uma trama, que, portanto, tem história e memória, a desenhar e abrir possibilidades. Quando comportam qualidade e se alimentam dos melhores esforços de gerações, seus eventos não são efemérides isoladas, pois desenham projetos e, por isso, permitem reflexão – ou seja, um movimento pelo qual as instituições se voltam a seu próprio passado, como a debruçar-se sobre seus feitos e a indagar-lhes o sentido.

O mosaico ora apresentado conforma um desenho, não é uma junção feita ao acaso. Já seria decerto belo em simples uma mistura de cores, trazendo beleza aos olhos. Seria como uma colcha de fuxicos, na qual os pedaços de pano – vindos cada qual de um lugar distinto, de um uso pretérito e próprio – passam a integrar um novo uso e uma nova trama. Já impressionaria os olhos a obra surgida meio

ao acaso. Mais que isso, porém, no caso deste mosaico, porque urdido segundo um propósito comum, vemos os fragmentos comporem imagens, suscitarem objetos, corpos, ideias. Vemos assim este livro de História da Medicina lançar-nos em um caminho bastante singular, com solo insubstituível da história e da sociedade da Bahia. Mas o vemos lançar-nos também em um percurso clássico, pelo qual ligamos o sensível ao inteligível, a técnica e a teoria, a arte e a ciência. Afinal de contas, não há talvez disciplina singular que possa conjugar melhor que a Medicina aquele percurso desenhado pelos antigos de uma ascese que vai do imediato do sensível ao mais intrincado campo conceitual, expressando enfim a possibilidade mesma da união sempre difícil, sempre trabalhosa e nada trivial entre o belo, o bom e o verdadeiro.

No caso singular deste livro, essa trama clássica ganha a cor da Bahia e a marca de uma instituição específica, para cuja existência colabora de forma essencial, pois tal história pôde abrir caminho para o projeto da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – projeto que a seu modo já comportava, vez que esse solo originário congregava já as diversas áreas do conhecimento, diversas técnicas e artes. Com efeito, nossa universidade não poderia nascer senão em um campo que desenha, suscita e possibilita formas bastante afins à cultura, em sentido mais amplo. Por isso mesmo, queremos crer e podemos ver, a UFBA, que veio a ser fundada em 1946, já estava presente ali, na Faculdade de Medicina da Bahia, em vontade e gesto, como sonho e promissora realidade.

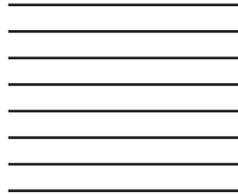
Os que escrevem agora esta história, devo dizer, são bem mais que dedicados professores e estudantes – estes com imenso protagonismo –, pois se revelam como que missionários. Eles têm compromisso com a reflexão de uma entidade mais ampla e duradoura que cada um de nós; eles avivam a capacidade reflexionante da instituição, e a fazem dialogar com seu passado e suas melhores promessas, e tudo isso com a criatividade capaz de fazer com que a história narrativa mais rigorosa seja irmã da invenção literária. O livro é, então, fruto de rigor e não de rigidez, seja dito. E temos à mão não só seu primeiro volume, pois este, com efeito, já se desdobrou em mais três, além de mais um, feito este a partir da *Memória Histórica do Bicentenário da Fameb*. E essa trama não há de cessar, não se fechando jamais o arco que nos solicita a preservação da memória, da qual aliás passa a fazer parte a labuta, a conspiração coletiva para que este belo trabalho se cumprisse, sendo doravante exemplar de como nossa instituição abre caminhos sutis através do denso.

A história, uma vez escrita, torna-se um patrimônio perene. Mas ela é também escrita em um tempo específico, em um momento carregado de fatos, com cores e dores únicas, de sorte que também a narrativa da história não pode fugir à dimensão terrena, que, concluindo, desejo aqui em parte explicitar. Como narrativa atual, ela se conta incorporando temas que a história e a luta social nos legou;

ela se debruça também sobre preconceitos e vitórias institucionais, por exemplo, em questões de gênero e de raça. Este trabalho, então, com uma datação história bastante precisa, foi levado às prensas com um olhar atual, sendo datado precisamente em tempo de pandemia e de pandemônio, feito em tempos do cólera e da cólera, quando, por um lado, já registramos mais de 600 mil mortes pela covid-19 e, por outro lado, enfrentamos juntos o pandemônio do ataque às políticas públicas, aos direitos de nosso povo, ao conhecimento, à universidade.

Em sendo assim, este livro, além de seus méritos naturais, é uma obra de resistência, registrando por si tanto a luta atual, quanto aquela empreendida ao longo do tempo. A obra é, portanto, muito especial, pois traz à luz e só pode louvar um projeto de longa duração, que, não obstante sua necessidade e força, sofre agora, com o conjunto da universidade pública, os mais desmesurados ataques. Logo, advertida ou inadvertidamente, é obra com clara marca política. Afinal, ao trazer a história da Faculdade de Medicina, traz a mobilização acadêmica e social que a possibilitou, expressando a combinação entre a excelência acadêmica que caracteriza a faculdade em todas as disciplinas e fazeres e seu compromisso ineludível com a sociedade. Desse modo, como um trabalho inspirado e coletivo, o livro mostra-se ainda mais luminoso, brilha com mais força e é mesmo mais necessário e corajoso, contrapondo-se com firmeza ao pano de fundo de obscurantismo e autoritarismo que ora enfrentamos.





## **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 na Bahia 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 a este. 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);
2. *Entre olhares e vivências no Alto das Pombas: educação em saúde em um bairro popular* (2020); e
3. *Abraçando o SUS: educação em saúde na comunidade do Alto das Pombas* (2022).

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 tornan-

do 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, 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 da 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, possibilitariam 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 deste, 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 e 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 com 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 abaiou, com ênfase agora nos problemas ocupacionais advindos da instalação do Polo Petroquímico de Camaçari. A Medicina na escravidão não se abaiou, 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. Com 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 ele poderia se transformar em outros, de forma

temática, no mínimo mais dois, 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, encailhado 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 na Bahia. 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 necessário 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.

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 na Bahia. 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 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 a 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 na Bahia, abrindo o espaço para os coordenadores do projeto. Por unanimidade, os membros aprovaram e jubilararam 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, 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, 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, participe 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 precisavam, e foi por nós incentivados, 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 proces-

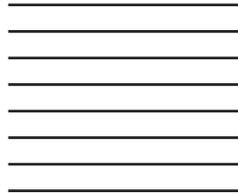
so, do caminhar para atingir a meta, e sem alarde, inconfessavelmente, torcíamos mais pelo caminhar.

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!



## **APRESENTAÇÃO DO VOLUME I: CONTEXTOS E INTERSEÇÕES DA FACULDADE PRIMAZ DO BRASIL**

*Eduardo José Borges Farias dos Reis*  
*Ronaldo Ribeiro Jacobina*  
*Silvio Romero da Silva Laranjeira Junior*

A presente obra deseja apresentar para os caros leitores um agrupamento de capítulos que versam sobre a história da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), desde a história desta instituição, do seu ensino, dos seus protagonistas até de situações vivenciadas por ela com relevâncias historiográficas que merecem ser relatadas. Associada a esse conjunto de textos, um outro agrupamento almeja representar aspectos gerais da Medicina na Bahia, que de uma forma ou de outra dialogam com a nossa estimada faculdade, como a Saúde Pública na Bahia, abarcando o Sistema Único de Saúde (SUS) e a sua atenção primária. Por fim, um pequeno agrupamento de textos, abordam questões mais amplas da Medicina, que estão atuais em momento de pandemia, como história das epidemias, vacinas e Genética.

A primeira parte, mais relacionada com a história da FMB, começa com um interessantíssimo capítulo, que é contar a história do ensino da disciplina História da Medicina, mostrando que o ensino deste componente não é recente, ao contrário, já em 1832, foi criada a cadeira de Higiene e História da Medicina e oferecida para o sexto ano do curso médico. Vários professores carregaram o bastão, chegando até o período atual, nas mãos dos dois professores que coordenam este componente e este livro.

Já o capítulo 2 talvez seja o mais denso, menos narrativo, mais teórico, que se propõe apresentar as formas metodológicas de produzir investigação no campo da história, mais precisamente, da história da Medicina ou da saúde. Traz de forma reflexiva, analítica e crítica, os diversos métodos de pesquisa historiográfica, apontando os cuidados e vieses possíveis de ocorrerem nesse campo.

O terceiro capítulo, o da história da Faculdade de Medicina, apesar do título pretensioso, de estudar uma história de uma instituição bicentenária, e pela impossibilidade de realizar este feito em um único e curto texto, apresenta os principais fatos políticos, administrativos e educacionais que foram vividos e que tiveram repercussões dentro e fora daquele *campus*. São fatos relevantes e devem ser lembrados para entendermos a verdadeira dimensão que a nossa instituição teve ao longo dos 200 anos na sociedade baiana.

A FMB, no seu longo tempo de existência, foi movida por seres humanos que viviam dentro do seu estabelecimento, gerando incessantemente fatos, atos e casos, alimentando de histórias passíveis de relatos, documentação e levantamento. Mas, nunca nos enganemos, eram seres sociais, vivendo sua época histórica, de divisões de classe, de gênero, de etnia, de nacionalidade e de papéis institucionais. Por exemplo, os professores desta faculdade eram e até hoje, predominantemente, são: homens, brancos, de classe social mais abastada, com poderes institucionais superiores aos alunos e funcionários. No entanto disputando esse espaço e rompendo a hegemonia, três capítulos – o quarto, quinto e o sexto – vão narrar e refletir a busca de mudanças estruturais dentro da faculdade, com atitudes de protagonismo quanto à postura da juventude estudantil, das mulheres e dos negros.

O capítulo que se segue, o sétimo, com o título um pouco irreverente: “Fisionomia de uma data: 22 de agosto de 1932. A vitória da solidariedade contra o poder autoritário.”, baseia-se num fato histórico marcante na Bahia que envolveu um número espantoso de alunos – e alguns professores – da faculdade, mas desconhecido hoje nessa instituição. A Revolução Constitucionalista – movimento armado iniciado em São Paulo em julho de 1932 – teve entre seus objetivos a luta contra o governo provisório de Getúlio Vargas, que extinguiu a primeira Constituição republicana de 1891, e pela instalação de um regime democrático e constitucional. Este movimento chegou à Bahia e a comunidade acadêmica da

faculdade não se isentou de participar aguerridamente das reivindicações democráticas. Mas aconteceu uma morte em uma das manifestações, vindo de imediato uma feroz repressão, com a prisão de 514 estudantes, a maior parte de Medicina e conduzidos para uma penitenciária existente na época. Sob repressão e agressões, os estudantes detidos estavam sendo obrigados a delatarem o suposto assassino. Os autores deste capítulo trazem à semelhança do filme *Spartacus* (1960), de Stanley Kubrick e de uma cena cinematográfica marcante dele, onde os escravos e gladiadores brutalmente reprimidos eram pressionados a delatarem quem era o seu líder. Temos que parar por aqui, para não cometermos um *spoiler* literário.

Já no capítulo 8, temos um grupo de médicos que orbitavam a Faculdade de Medicina que fizeram história em determinado período, não muito curto, de uma maneira única, para a vida toda. Estamos falando da Escola Tropicalista da Bahia, que, na segunda metade do século XIX, surgiu, a partir de reuniões não muito pretensiosas, na casa de um dos “médicos estrangeiros”, John Ligertwood Paterson, para discutir cientificamente – de maneira experimental – algumas enfermidades que assolavam a população baiana, em especial os pobres, negros, mestiços, escravizados e alforriados. Esta escola revolucionou, na sua época, a Medicina baiana e nacional, com alguma repercussão estrangeira, por suas práticas, estudos e, principalmente, a partir de 1866, pelo seu canal de publicação com grande impacto para a ciência: a *Gazeta Médica da Bahia*.

O capítulo que sucede, ainda no contexto da FMB, trata sobre o ensino médico, a principal missão da nossa faculdade. Esta é uma história que merece ser contada à parte, no capítulo 9, por se tratar de um tema tão inquietante, nada glamouroso, pois traz à tona questões sérias da qualidade do que se é feito pedagogicamente nela. Apesar de ser um assunto intrínseco a toda história da faculdade, resolvemos fazer um corte histórico-temporal a partir da Ditadura Militar até o presente momento, um tempo de pandemia.

Este tema, ensino médico na FMB, desdobra em mais dois capítulos, o capítulo 10, “História do ensino da Anatomia” – uma das primeiras cátedras, da fundação da FMB em 1808 –, e o capítulo 11, “História do ensino da Fisiologia”. Dois componentes basilares da educação médica, que têm muito para contar, com as suas aventuras e dilemas pedagógicos e seus protagonismos de professores e seguidores.

O capítulo 12 tece a história de uma das iniciativas das mais urgentes que a FMB realizou em período recente, em 2012, com a criação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAPP). Esse núcleo tem como objetivos auxiliar na promoção da saúde mental do estudante de Medicina e na prevenção de possíveis agravos desenvolvidos durante o curso. É uma situação assustadora o sofrimento e padecimento dos estudantes desta faculdade, motivada principalmente com o modelo e práticas de ensino tradicionais, com carga horária extensiva e excessiva, ensi-

no de cunho conteudista, prezando a memorização ao aprendizado, de avaliação predominante de provas e testes, com situações de autoritarismo pedagógico. O resultado deságua na saúde, com tais sofrimentos físicos e mentais, uso abusivo de medicamentos, ideação suicida etc. Talvez esse capítulo seja de uma leitura mais angustiante, por tratar de questões sensíveis, da saúde dos estudantes com os seus desdobramentos assistenciais e pedagógicos. Todavia, são questões impostas com coragem a serem abordadas neste livro.

Para finalizar um primeiro bloco de capítulos diretamente relacionados à FMB, trazemos à tona o hospital universitário, que tem sua história quase paralela a esta instituição e, assim, passível de amplos relatos historiográficos na sua vida de 74 anos. O queridíssimo Hospital Universitário Professor Edgard Santos, que chamamos carinhosamente de HUPES, é um baluarte do ensino de práticas médicas e de assistência à saúde da população de toda Bahia. Por lá transitaram e transitam professores, discentes e funcionários da nossa faculdade, propiciando, de forma ampla e em detalhes narrativas para este livro, no capítulo “A história do Hospital Universitário na Bahia”.

Identificamos os capítulos do segundo agrupamento como aqueles relacionados à Saúde Pública na Bahia, mais restritos, pois sabemos da abrangência desse campo e que estão abundantemente presentes em diversos textos nos três outros livros. Iniciamos com o capítulo “História da Saúde Pública e do SUS na Bahia” com o pretensioso capítulo que conta a história do SUS na Bahia através de marcos históricos e dos nomes dos atores sociais que participaram do processo de construção do SUS e de sua implantação, demarcando seus antecessores desde a década de 1960. Abordamos também a Reforma Sanitária Brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde, o Movimento de Renovação Médica, o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), a experiência dos Distritos Sanitários e outros protagonismos da Bahia nessa complexa jornada histórica até a consolidação do SUS.

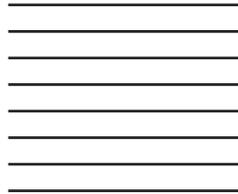
O capítulo “História da Atenção Primária na Bahia” está cimentado com o capítulo anterior, por questões óbvias, que até poderia se pensar (num ato de irracionalidade) em dispensá-lo. Nunca! “A tragédia no SUS na Bahia”, como teremos oportunidade de saber, se abate profundamente também na atenção primária na Bahia, sobretudo na sua capital, como a causa principal desta tragédia a presença e permanência de um agrupamento político que dominou por mais de quatro décadas a cena baiana, com atrasos em diversos segmentos institucionais, das políticas públicas e nas ofertas de serviços. Todavia, dialeticamente, veremos que nas frestas existentes daquele sufocante poder político, inovações e avanços foram tentados e alguns, alcançados. Assim “A atenção primária na Bahia” tem coisas para lhe contar.

O último conjunto de texto pode dialogar historicamente com a situação de pandemia que ocorre na atualidade, vitimando de forma fatal, no momento que escrevemos este texto, mais de 600 mil pessoas no Brasil. Os capítulos sobre a história da Genética, das vacinas, das epidemias e da Microbiologia *versus* Medicina Social, sempre que possível, com uma pitada de história baiana, fazem parte desse cardápio.

Ligado umbilicalmente à FMB, pela sua grandiosidade, o vigésimo capítulo trata sobre as preciosidades que esta faculdade contém, que são muitas, mas que vamos realçar neste texto somente as contidas dentro do Memorial de Medicina. Querido leitor, vocês ficarão surpreendidos com as nossas riquezas, que, infelizmente, são pouco conhecidas, mesmo para a comunidade interna da faculdade. E este capítulo tem o propósito de ajudar a vir a público o nosso belíssimo acervo científico, literário, artístico e cultural.

E fechando o livro 1, no capítulo 21, algo bem diferente entra em cena, numa mistura imprecisa de historiografia, história e estória, com um nome poético para se anunciar: “O Sábio e o Verme”. Um ato de racismo na contemporaneidade e dentro da FMB, numa relação de poder desigual, entre um professor e funcionário terceirizado, ocorreu, em um relato não oficializado, talvez explicado pelo medo de mais retaliações. Pois bem. O nosso poeta, literato, professor e coordenador deste livro, Ronaldo Jacobina, ao saber deste repugnante acontecimento, foi às penas e escreveu um conto, com entrelaçamento entre realidade e ficção, presente e passado. Apaixonado por Juliano Moreira, o envolveu nesta história, num duelo ético. Será fácil distinguir quem é o sábio e o verme.





# 1

## A HISTÓRIA DA DISCIPLINA HISTÓRIA DA MEDICINA NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

*Ronaldo Ribeiro Jacobina*

*Eduardo José Borges Farias dos Reis*

*Felipe Barbosa Araújo*

### INTRODUÇÃO

A História é compreendida aqui como uma ciência que estuda as relações do homem e do meio social através do tempo, e é através dessa análise histórica do passado que se pode extrair os ensinamentos necessário para compreender o presente e ter perspectivas na construção do futuro.

Nosso tema é o estudo histórico da disciplina História da Medicina na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), a escola *mater* da Medicina brasileira, criada como Escola de Cirurgia em 18 de fevereiro de 1808.

## A DISCIPLINA DE HISTÓRIA DA MEDICINA NA BAHIA DURANTE O PERÍODO IMPERIAL (1822-1889)

A primeira fase da nossa escola *mater*, como Escola de Cirurgia (1808-1815) e Colégio Médico-Cirúrgico (1816-1832), foi marcada por poucas e básicas disciplinas no curso, mas com a reforma de 3 de outubro de 1832, foram criadas disciplinas nas duas escolas médicas do país, que passaram a ser nomeadas faculdade: a Faculdade de Medicina da Bahia e a Faculdade de Medicina na Corte Imperial, no Rio de Janeiro.

Entre as várias cadeiras que foram criadas na FMB, tivemos a de Higiene e História da Medicina, oferecida no sexto ano do curso médico. O lente proprietário da cadeira foi o prof. José Avelino Barbosa (1768-1838). Ficou na cadeira de 24 de maio de 1832 a 1838, quando se encantou. O memorialista Eduardo Oliveira (1992) registra que ele regeu a cadeira com proficiência. Não foi obtido o conteúdo dado.

José Avelino Barbosa (Figura 1) foi eleito pela congregação da FMB, em 1829, o primeiro diretor da escola médica e teve seu nome ratificado pelo presidente da província. Em junho de 1833, uma nova eleição escolheu o dr. José Lino Coutinho para diretor e o prof. José Avelino ficou como vice e, “por diversas oportunidades, substituiu o Diretor, com alto descortino e verdadeiro espírito público”. (OLIVEIRA, 1992, p. 392)

Com o falecimento do primeiro professor da cadeira, em 1839, assumiu a disciplina o prof. João Baptista dos Anjos (1803-1871). Ficou na cadeira de 1839 a 1858, quando se tornou lente jubilado (aposentado).<sup>1</sup>

João Baptista dos Anjos (Figura 2) tem um triplo protagonismo, pois ele foi porteiro do Colégio Médico-Cirúrgico e, com inteligência e determinação, tornou-se estudante de Medicina, formando-se em 1828. No ano seguinte tornou-se professor opositor e, logo depois, foi nomeado lente substituto da cadeira de Cirurgia. Em 1833, foi lente de Anatomia Topográfica, Medicina Operatória e Aparelhos. A seu pedido, com o encantamento de Avelino Barbosa, foi transferido para a cadeira de Higiene e História da Medicina (1839). O prof. Luiz Anselmo da Fonseca em sua *Memória histórica* (1891) referiu que Baptista dos Anjos dizia “de cor” seus compêndios de ensino de Higiene, embora outros professores nem fizessem reflexão sobre o que foi lido. Por outro lado, esse memorialista destacou docentes que faziam a exposição das ideias que haviam adquirido pelo estudo da história da Medicina, citando os professores Paulo de Araújo, lente de Fisiologia, e Jonatas Abbott, da cadeira de Anatomia. (OLIVEIRA, 1992, p. 51)

Baptista dos Anjos foi diretor da FMB a partir de 1857 e, mesmo jubilado em 1859, ficou no cargo por quase uma década e meia (1857-1871), “onde se manteve

1 Ver Quadro 1.

prestigiado pelos seus pares, durante mais de um decênio [...] Foi, sempre, um clínico humanitário e competente”. (OLIVEIRA, 1992, p. 397)

O terceiro professor da cadeira de Higiene e História da Medicina foi Domingos Rodrigues Seixas (1830-1890), que assumiu a cadeira em 1858, com a ida de Baptista dos Anjos para a direção da faculdade, e ficou até 1871. Participou com outros colegas e alunos da Campanha do Paraguai e teve uma carreira política ao ser eleito deputado à Assembleia Provincial, cargo no qual permaneceu de 1879-1881. Sua tese inaugural foi *Considerações físico-patológicas sobre os homens de letras* (1851). Em 1855, foi lente substituto da seção de Ciências Médicas (Figura 3). Foi o autor da *Memória histórica da Fameb* no ano de 1862. Nela, “expôs, com desassombro, suas ideias, o que determinou protestos na Congregação, tendo sido, por parte dessa corporação, taxado o trabalho de ‘libelo acusatório e infamante’ e recusado”. (OLIVEIRA, 1992, p. 192) O prof. Seixas apresentou outra Memória Histórica que foi aprovada, mas imprimiu a recusada e divulgou como seu trabalho. Um dado relevante foi sua dedicação à “clínica humanitária”.

O quarto lente de Higiene e História da Medicina foi Claudemiro Augusto de Moraes Caldas (1846-1883). Sua tese inaugural foi *As raças humanas provieram de uma só origem?* (1868). Em 1871, tornou-se, por concurso, opositor da cadeira de Ciências Médicas, com a tese *Funções do Fígado*, e lente catedrático de Higiene e História da Medicina de 1881 a 1883 (Figura 4). Foi o autor da *Memória histórica da Fameb de 1881* e escreveu poesias e artigos sobre Medicina e literatura.

O quinto e último lente da cadeira na FMB, durante o Brasil Império, foi Manoel Joaquim Saraiva (1840-1899). Formou-se na FMB, em 1864, apresentando a tese inaugural *Como obra o sulfato de quinina nas febres intermitentes*. Em 1871, foi aprovado, mas não escolhido para opositor da seção de Ciências Médicas, tendo apresentado a tese *Quais são os melhores meios terapêuticos de combater o beribéri?* Com o encantamento do lente Claudemiro Caldas, dr. Saraiva assumiu a cadeira de Higiene e História da Medicina (Figura 5). Foi o autor da *Memória Histórica da FMB de 1885*, publicada no ano seguinte. Para Oliveira (1992, p. 216): “foi um herói, tendo feito toda a Campanha do Paraguai”. Conseguiu instalar o Gabinete de Higiene da faculdade, que depois foi denominado “Gabinete Saraiva”. No campo da Higiene escreveu o trabalho *Esgotos na Capital da Bahia* (1890) e, na *Gazeta Médica da Bahia*, escreveu artigos no seu campo de ensino e pesquisa, com destaque para “Projeto de regulamento dos serviços de Higiene Pública” (1892) e “Reforma da Instrução Pública” (1891-1892).

O memorialista Eduardo de Sá Oliveira (1992, p. 191) só cita “História da Medicina”, além de “Higiene” para os lentes Domingos Rodrigues Seixas e Claudemiro Caldas. Já o dr. Antônio Nogueira Britto referiu que não conseguiu localizar dados que confirmassem atividades letivas do tema “História da Medicina”

na cadeira quando foi dada tanto pelo prof. João Baptista dos Anjos, quanto por Manuel Joaquim Saraiva. (BRITTO, 2014) Contudo, no período deste último, o prof. Luiz Anselmo foi professor adjunto da cadeira, como veremos adiante.

## **A REFORMA BENJAMIN CONSTANT (1890) E A EXTINÇÃO DO TEMA DA HISTÓRIA DA MEDICINA DA CADEIRA DE HIGIENE**

Com a Reforma Benjamin Constant, de 1890, já no período republicano, foi extinta a temática de História da Medicina, que nomeava também a cadeira, ficando apenas “cadeira de Higiene”. Luiz Anselmo da Fonseca (1842-1929), professor adjunto por concurso da cadeira de Higiene e História da Medicina, em 1883, criticou na reforma de 1890, a extinção de História da Medicina: “Com relação, porém ao estudo da História da Medicina, pensamos de modo contrário e entendemos que ele deve ser conservado, atenta a sua grande utilidade”. (FONSECA, 1893)

O dr. Luiz Anselmo (Figura 6) se formou em 1875, defendendo a tese doutoral *Quais as propriedades químicas, as ações fisiológicas e os efeitos terapêuticos do cloral e do clorofórmio? Em que relação se acham?* Como afro-baiano e com paixão pela história escreveu o famoso livro *A escravidão, o clero e o abolicionismo* (1887). Além de outras obras históricas, a exemplo de *A questão acadêmica de 1901 da Faculdade de Medicina da Bahia* (1903); *A história da Medicina de Charles Daremberg e os poemas de Homero* (1916-1917); e a *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia, ano de 1891* (1893). Sobre o tema da Higiene escreveu *Higiene Pública aplicada à cidade da Bahia* (1908). (JACOBINA, 2016; OLIVEIRA, 1992)

Não foi obtido nenhum programa da disciplina em todo esse período, ficando relevante esse destaque do prof. Luiz Anselmo, famoso pelo seu senso crítico e sua escrita contundente, defendendo a importância e utilidade da disciplina.

## **RENASCIMENTO DA HISTÓRIA DA MEDICINA COMO CURSO E DEPOIS DISCIPLINA**

Na Faculdade de Medicina, no Rio de Janeiro, o dr. Ivolino de Vasconcellos, apaixonado pelo tema, realizou, na cátedra do prof. Juvenil da Rocha Vaz, o I Curso de História da Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil,<sup>2</sup> de 18 de março a 3 de junho de 1947. (BRITTO, 2014)

Não demorou muito e a recém-fundada Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), inaugurada em 1953, criou a disciplina História da Medicina no sexto ano, tendo como professor o dr. Jayme de Sá Menezes. O componente

---

2 Como foi denominada à época a Universidade Federal do Rio de Janeiro.

também fez parte do primeiro curso de Especialização em Saúde Pública (de sanitaristas do Norte do país). O quarto e último curso, de realização anual, de História da Medicina da EBMSP foi ministrado em 1957, sob a coordenação do prof. Sá Menezes. (BRITTO, 2014)

Na década de 1990, em comemoração à Semana do Médico foi realizado o I Curso de História da Medicina da Bahia, promovido pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pela EBMSP, com a participação das seguintes entidades médicas: Associação Baiana de Medicina (ABM), sindicato dos médicos e o Conselho Regional de Medicina da Bahia (Cremeb) e Academia de Medicina da Bahia (AMBA). O curso foi ministrado no período de 17 a 22 de outubro de 1993.

O componente curricular específico de História da Medicina está presente em pelo menos 18 cursos médicos no país, contando do período de 1963, quando foi criado na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, até 2013, quando foi criado na escola *mater* da Medicina brasileira, sem estar mais vinculado ao curso da antiga “Higiene”.<sup>3</sup> Curioso é que os herdeiros das antigas cadeiras e cátedras são os departamentos da faculdade, e a nova disciplina de História da Medicina, atualmente ministrada na FMB, foi criada pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), que é o herdeiro da cadeira e cátedra de Higiene.

### **A CRIAÇÃO DA DISCIPLINA MED B92 – HISTÓRIA DA MEDICINA NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA)**

A disciplina optativa MED B92 – História da Medicina foi aprovada pelo DMPS, na Plenária nº 489, em 5 de dezembro de 2011. Na ata (Figura 7) está o registro desta aprovação: “O Prof. Ronaldo Jacobina apresentou o *novo formato* para o componente curricular ‘História da Medicina’ que o DMPS está propondo como disciplina complementar optativa e foi *aprovado por unanimidade*”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2011, grifo nosso)

No Colegiado do Curso de Graduação em Medicina (CCGM), a aprovação se deu na reunião ordinária, em 10 de setembro de 2012 (Figura 8), tendo sido feita a retificação da carga horária de 64 horas para 32 horas por semestre. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2012)

Encaminhado para a Pró-Reitoria de Ensino de Graduação (Prograd), a proposta da nova disciplina recebeu um parecer favorável na Análise Técnica

---

3 Ver Quadro 2.

Final (Figura 9), em 12 de abril de 2013. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2013c) No Conselho Acadêmico de Ensino (CAE) da UFBA, o projeto transitou de 5 de julho de 2013 até a votação em 24 de julho de 2013, quando foi aprovada. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2013a) Na Análise Técnica Final, feita pela Prograd, é dito:

Esta comissão considera relevante a proposição do componente, uma vez que a FMB tem *papel protagonista na história do ensino de medicina do país e este legado não deve ser esquecido*. [...] este conteúdo ainda não tinha sido abordado desta forma na matriz do curso de Medicina. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2013c, grifo nosso)

Posteriormente, o projeto foi encaminhado para votação no CAE, em 24 de julho de 2013 (Figura 10):

O processo [...] tramitou em diligência para o atendimento de normalizações e resolução de incongruências [...], após longa tramitação o pedido se organiza de maneira compatível [...] e a criação desse *componente é considerado relevante para a formação de discentes do curso de Medicina*. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2013a, grifo nosso)

O colegiado, ao receber a decisão do CAE, passou para o DMPS para esse tomar conhecimento, definir a carga horária, o número de vagas e o semestre de oferta (Figura 11). (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2013b) O início da disciplina se deu imediatamente no semestre 2013.2, e esta passou a ser ministrada semestralmente até o momento atual, neste semestre atípico virtual (no ano de 2020 e 2021).

A disciplina apresenta três objetivos gerais:

1. descrever e analisar a prática médica nos diferentes períodos históricos, identificando seus agentes, saberes e técnicas e suas finalidades;
2. oferecer elementos conceituais e metodológicos que permitam o desenvolvimento de estudos históricos da Medicina e da saúde
3. apresentar alguns destaques da Medicina brasileira e baiana.

Em sua metodologia de ensino utiliza exposições dialogadas ministradas por professores e convidados, além dos debates e seminários mediados pelos discentes, sob coordenação docente. Há como atividade prática a visita ao Memorial da Medicina Brasileira, constituído pelos: Museu da Medicina Brasileira, Arquivo Anselmo Pires de Albuquerque e pela Bibliotheca Gonçalo Moniz.

A avaliação dos discentes é feita a partir da apresentação dos seminários, da entrega de um trabalho escrito, chamado “pequeno artigo”, além da frequência e da pontualidade, penalizando os ausentes e as presenças não pontuais.<sup>4</sup> No Anexo A estão disponíveis a ementa, a metodologia, o conteúdo e as referências utilizadas na disciplina, quando esta foi criada. Vale apontar alguns destaques – apesar da variação do conteúdo, têm sido priorizados os seguintes temas:

1. Da Medicina antiga à Medicina moderna: breve apresentação das abordagens médicas egípcia; chinesa, japonesa, árabe, grega e romana. São abordadas as figuras de Hipócrates, Galeno, Andreas Vesalius (enfatizando os conhecimentos sobre a Anatomia Humana), William Harvey (e sua produção sobre a circulação do sangue) e Edward Jenner (com seus trabalhos sobre a vacinação);
2. Da Medicina moderna à Medicina contemporânea: o microscópio e a Microbiologia; a história do hospital, da anestesia cirúrgica e da Genética, além da ênfase nas figuras de Rudolf Virchow (e sua contribuição para a medicina social) e de Alexander Fleming (com seus trabalhos sobre os antibióticos);
3. Medicina no Brasil e na Bahia: a Escola Tropicalista da Bahia; Pirajá da Silva e a descoberta do *Schistosoma mansoni*; Juliano Moreira e a psiquiatria na Bahia e no Brasil; Oswaldo Cruz e a Saúde Pública; Carlos Chagas e a descoberta do agente, do hospedeiro e das formas clínicas da doença de Chagas; presença negra na Faculdade de Medicina da Bahia;
4. Apresentações de convidados regulares com aulas sobre a Medicina hebraica; Medicina nas Escrituras Sagradas; Medicina do trabalho; Medicina e escravidão; Medicina indígena, afro-brasileira e jesuítica; o médico Jozé Correa Picanço (1745-1824); a criação da escola *mater* da Medicina brasileira e a Medicina nos campos de Auschwitz.

## **A RICA EXPERIÊNCIA NO ENSINO DA DISCIPLINA ATUAL DE HISTÓRIA DA MEDICINA**

O prof. Ronaldo Ribeiro Jacobina, um dos autores deste capítulo, coordenador inicial e propositor da disciplina de História da Medicina, inspirou-se na sugestão do Instituto de História da Medicina e Ciências Afins (IBHMCA), do qual é membro titular, sobre abordar, em particular, o protagonismo de seus destacados dirigentes.

---

4 Presenças Não Pontuais ou PNP: chegada do aluno depois de 15 minutos começada a aula ou saída antes de seu encerramento.

A profa. Almira Vinhaes Dantas possuiu vínculo com o Instituto de Ciências da Saúde (ICS) e, após aposentadoria, foi acolhida como professora do Programa de Apoio aos Aposentados (Propap), pelo DMPS. O dr. Antônio Carlos Nogueira Brito, professor honorário da FMB (Figura 12), recebeu este título na solenidade de comemoração do bicentenário da escola *mater* da Medicina brasileira, em 18 de fevereiro de 2008. Mais recentemente, o prof. Eduardo José Farias Borges dos Reis (coautor do capítulo) começou a participar da disciplina e honrou o compromisso de continuá-la depois da aposentadoria do proponente. O último participaria como coordenador didático do componente, e o prof. Eduardo Reis como coordenador-geral.

Os dois professores vinculados ao IBHMCA, referidos anteriormente, são responsáveis semestralmente por ministrar aulas de diferentes temas. O prof. dr. Antônio Carlos Britto fica responsável pelas exposições intituladas “Medicina indígena, afro-brasileira e jesuítica” e “O grande incêndio da escola *mater* da Medicina brasileira em 1905”. O último é um dos temas presentes em seu livro *A Medicina baiana nas brumas do passado*. (BRITTO, 2002) A profa. dra. Almira Dantas tem apresentado tanto o tema da “Medicina científica: Claude Bernard e a fisiologia”, quanto aqueles referentes à Medicina brasileira e baiana, a exemplo do protagonismo do médico Jozé Correa Picanço (1745-1824) na criação da escola *mater* da Medicina brasileira, assunto também contemplado em seu livro. (DANTAS, 2016)

Outros temas, além dos que ficam sob a responsabilidade do coordenador didático, têm sido apresentados por convidados, como o belo tema “Medicina nas Escrituras Sagradas”, apresentado pelo prof. dr. Ernane Gusmão, um fiel colaborador, que escreveu um texto sobre o assunto. (GUSMÃO, 2013) “Medicina hebraica: ontem e hoje. Circuncisão na Torah: História, Religião e Saúde” foi o tema da monografia de graduação do antigo estudante, e agora médico, dr. Samuel Nogueira do Nascimento (2013). O tema “Saúde, medicina e escravidão no Brasil”, com uma abordagem muito rica, é apresentado pelo prof. Paulo Pena, colaborador permanente da disciplina, e baseado em seu texto de 2019. (PENA, 2019) “A medicina nos campos de Auschwitz” também foi tema da monografia de graduação de nosso discente egresso, dr. Victor Porfírio dos Santos Almeida (2018), que, apesar de já formado, continua participando das aulas, nos atualizando acerca deste tema tão interessante e importante: a abordagem de uma Medicina que foge de suas finalidades de promoção, prevenção, tratamento e cura, sendo praticada com funções políticas e ideológicas, muitas vezes com ações de exclusão e violência.

Com a pandemia, os coordenadores-gerais e didáticos da disciplina ousaram oferecê-la de modo virtual, tarefa para cuja realização foi fundamental a contribuição efetiva de uma equipe de monitores(as) e professores(as) colaboradores(as).

## A DISCIPLINA HISTÓRIA DA MEDICINA NA PANDEMIA

Em decorrência das condições sanitárias impostas pela pandemia do novo coronavírus o Conselho Universitário da Universidade Federal da Bahia implementou, em caráter emergencial e excepcional, o Semestre Letivo Suplementar (SLS). Esse foi composto por atividades *on-line* e pela oferta de componentes curriculares e extracurriculares de ensino, pesquisa e extensão, adaptados ou concebidos para tal formato. Diante de tal cenário, o componente História da Medicina enfrentou seu maior desafio: adaptar-se à nova realidade e fazer mudanças significativas em sua metodologia e estrutura temática, para atender às necessidades impostas pelo novo semestre letivo *on-line*.

O primeiro reforço que o componente ganhou para o SLS foi a inclusão de novos professores, além dos dois coordenadores responsáveis pela disciplina. Assim, a disciplina passou a contar também com a colaboração do professor Edson O'Dwyer Junior (médico e professor da FMB/UFBA), da profa. Telma Sumie Masuko (biomédica e professora do ICS/UFBA) e de Giulia Engel Accorsi (bióloga e doutora em História das Ciências e da Saúde). Além dos docentes citados, a disciplina História da Medicina passou a contar com a colaboração de seis estudantes do curso de Medicina, atuando na função de monitores: Felipe Barbosa Araújo, Juliane Bispo de Oliveira, Lincoln Silva de Araújo, Rosa Maria Guimarães de Almeida Calado, Thaís Mudadu Carmona Machado e Thayná de Cássia Santos Lopes, sendo o primeiro monitor bolsista e os demais voluntários.

Uma outra mudança foi em relação à sua metodologia. Visando atender às novas necessidades do ensino não presencial, a disciplina sofreu modificações em relação às atividades propostas. Antes presenciais, no SLS sua oferta passou a ser *on-line*, abarcando tarefas executadas a partir da mobilização das Tecnologias da Comunicação e Informação (TCI), encontros semanais síncronos – ao vivo e no mesmo ambiente virtual – e assíncronos – cada aluno(a) executa a tarefa no momento mais adequado para si, respeitando um prazo. As atividades síncronas eram realizadas no Google Meet, plataforma de reunião *on-line* do Google. Já as atividades assíncronas eram conduzidas com natureza diversa no Moodle UFBA, ambiente virtual de ensino da UFBA.

Em decorrência das modificações na metodologia de ensino-aprendizado, foram fundamentais alterações também nas avaliações de MED B92. Se antes os discentes eram avaliados através de apresentação de um seminário, da entrega de um trabalho escrito, da frequência e da pontualidade, no SLS os alunos passaram a ser avaliados pela produção de um vídeo expositivo sobre um tema disponibilizado previamente pelos professores; pela produção de uma intervenção artística sobre grandes nomes ou expoentes da história da Medicina; e por uma avaliação

processual que levou em consideração a participação nas atividades ofertadas semanalmente de forma assíncrona no Moodle UFBA.

Na tentativa de se tornar atual, a disciplina assumiu o compromisso de colocar a problemática da pandemia da covid-19 como plano de fundo temático e norteador da construção do cronograma de atividades. Visando manter as características e temáticas originais, mas espaço para o novo tema da pandemia, foi desenvolvido um cronograma de atividades síncronas e assíncronas que possibilitava à(ao) aluna(o) uma verdadeira incursão na história da Medicina, um diálogo entre passado, presente e expectativas para o futuro. Deste modo, as temáticas dos encontros semanais síncronos abordavam um tema histórico e atualizavam este tema articulando-o com o contexto da problemática atual da covid-19. Por exemplo, a temática de um dos encontros foi “História das vacinas e os desafios éticos, técnicos e geopolíticos atuais da covid-19”. Os encontros síncronos abriram espaços, também, para a discussão de representatividades importantes dentro do ambiente universitário, tais como presença negra e presença feminina na FMB.<sup>5</sup>

Ao longo do SLS, a disciplina História da Medicina contou com 15 encontros síncronos, com duração máxima de 1 hora. Estas atividades *on-line* eram conduzidas pelos monitores, funcionavam no estilo de uma “roda de conversa” sobre o tema previamente estabelecido e contavam com a presença de estudantes, professores(as), monitores(as) e convidados(as). Os(as) discentes eram protagonistas nestas atividades, sendo uma dupla ou trio responsável por produzir e disponibilizar previamente no Moodle UFBA um vídeo expositivo sobre o tema do encontro, além de fazer uma síntese deste vídeo na aula síncrona.

Ao longo do semestre, o componente contou também com a presença de convidados ilustres, grandes nomes de reconhecimento nacional e internacional. Estes convidados por sua vez assumiam o papel de debatedores em que apresentavam contribuições pertinentes e atuais sobre o tema da semana síncrona. A presença destas pessoas ilustres foi fundamental para garantir a qualidade, relevância e atualidade das atividades síncronas.<sup>6</sup>

É pertinente pontuar também o protagonismo do Moodle UFBA para o processo de adaptação de MED B92 à realidade virtual. Ao longo do semestre, este ambiente virtual foi o principal meio de contato da disciplina com os discentes. Nele eram apresentadas informações, tarefas assíncronas, intervenções artísticas, fazendo com que esse fosse peça-chave no processo de avaliação processual dos estudantes matriculados. A cada semana o Moodle abordava um tema específico

---

5 Ver Anexo B com o cronograma de atividades criado para o SLS.

6 Ver Anexo B com o cronograma de atividades criado para o SLS, em que é possível observar o nome dos convidados presentes em cada encontro síncrono.

que trabalhava vida, obra e curiosidades relativas a grandes nomes da história da Medicina. Personalidades como Hipócrates, Galeno, Andreas Vesalius, Edward Jenner, Alexander Fleming, Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Juliano Moreira e muitos outros foram homenageados neste espaço.<sup>7</sup>

O Moodle da disciplina História da Medicina ganhava uma nova atualização a cada semana. Nele ocorreram jogos, textos, recomendações de filmes e livros e debates históricos e atuais. Além disso, esta plataforma era um espaço de construção e troca de saberes entre professores, monitores e alunos. Além disso, o Moodle foi, ao longo de 12 semanas, palco de apresentação das intervenções artísticas – atividade avaliativa da disciplina, em que cada aluno escolhia um tema/personalidade importante da história da Medicina, de acordo com a semana assíncrona, e o retratava de uma forma cultural e artística.

Portanto, o SLS trouxe grandes mudanças para a disciplina História da Medicina, assim como trouxe grandes aprendizados e amadurecimento para todos os envolvidos nela. Com as modificações realizadas, MED B92 conseguiu se tornar atual, pertinente, relevante e de grande importância para a formação de todos. Nesta primeira experiência *on-line*, o componente contou com a participação efetiva e dedicada de 25 discentes matriculados, sendo a maioria estudantes do curso de Medicina e do Bacharelado Interdisciplinar (BI) em Saúde. Todos os alunos foram aprovados e acreditamos que estes conseguiram adquirir, ao longo do semestre, uma nova bagagem cultural, histórica e artística que, sem dúvidas, será fundamental para uma boa formação, enquanto futuros profissionais de saúde.

A disciplina encerrou esta primeira vivência *on-line* neste semestre de 2020, no tempo histórico desta pandemia, com a sensação de dever cumprido e com um grande amadurecimento pedagógico, metodológico e humano.

## **O SURGIMENTO DA PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO DO LIVRO HISTÓRIA DA MEDICINA**

A proposta de construção do livro sobre História da Medicina surgiu principalmente dentro da dinâmica desta disciplina, buscando, no primeiro momento, tornar disponível um material didático próprio, voltado especialmente para rica história da Medicina baiana. Temas mais amplos, contidos na ementa, foram comentados, quando possível, no que diz respeito à nossa realidade. Assim, por exemplo, o capítulo sobre história da Genética tornou-se “História da Genética baiana”, com ênfase nos agrupamentos de profissionais desta área ou próximos a

---

7 Ver Anexo B com o cronograma de atividades assíncronas criado para o SLS.

ela. Esses se formaram ao longo do tempo na Bahia, produzindo pesquisas, intervenções clínicas, construindo serviços de assistência etc.

Das aulas da disciplina, praticamente todas adentraram no nosso livro. Outros temas, que entram e saem do componente a cada semestre, também foram absorvidos, como foi o caso do protagonismo estudantil na FMB. Por fim, temas não inseridos na disciplina História da Medicina surgiram com força, com demandas múltiplas de alunos, ligas e professores, e foram contemplados. Com certeza, estarão presentes no cronograma da matéria, obrigando-nos a realizar um rodízio de assuntos.

Assim, a disciplina História da Medicina foi a maior responsável pela criação deste livro, cumprindo, mais uma vez, o papel histórico de difundir, registrar e incentivar questões passadas inerentes às práticas de saúde, que dialogam com o presente e certamente vão moldar o futuro.

Registramos aqui, deste modo, nosso obrigado ao prof. José Avelino Barbosa, que iniciou em 1832 este percurso! E aos demais professores por terem segurado e passados este bastão! Obrigado também ao IBHMCA! Vida longa ao componente História da Medicina!

**Quadro 1** – Lentes e titulares da cadeira de Higiene e História da Medicina (1832-1925)

1832 – 1838: José Avelino Barbosa (1768-1838). Falecido em 1838.
1839 – 1858: João Baptista dos Anjos (1803-1871). Lente jubilado em 1858.
1858 – 1881: Domingos Rodrigues Seixas (1830-1890). Lente jubilado em 1881.
1882 – 1883: Claudemiro Augusto de Moraes Caldas (1846-1883). Falecido em 1883.
1883 – 1891: Manoel Joaquim Saraiva (1840-1899).
1890 – Reforma Benjamin Constant, na República, extingue História da Medicina, sendo mantida apenas como Cadeira de Higiene.
1891 – 1899: Manoel Joaquim Saraiva (1840-1899). Falecido em 1899.
1899 – 1903: Joaquim Mateus dos Santos (1865-1903). Falecido em 1903.
1903 – 1914: Luiz Anselmo da Fonseca (1842-1929). Lente jubilado em 1914.
1914 – 1925: Josino Correia Cotias (1850-1929). Permuta para a Cátedra de Medicina Legal.

Fonte: elaborado pelos autores.

**Quadro 2** – Componente curricular de história da Medicina em faculdades brasileiras: 1963-2013 (18 cursos)

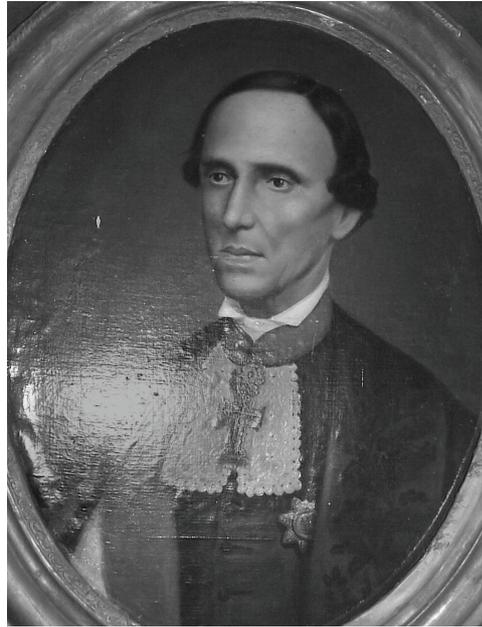
ESTADO	FACULDADE	NATUREZA DISCIPLINA	PROFESSOR PROPOSITOR	ANO
Amazonas	Faculdade de Medicina (Famed)/ Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	Curricular	João Bosco Botelho	1989
Bahia	FMB/UFBA	Optativa	Ronaldo Ribeiro Jacobina	2013

ESTADO	FACULDADE	NATUREZA DISCIPLINA	PROFESSOR PROPOSITOR	ANO
Ceará	Famed/Universidade Federal do Ceará (UFC)	Optativa	Dary Alves Oliveira	2005
Brasília	Famed/Universidade Católica de Brasília (UCB)	Curricular	Armando Bezerra	2001
	Famed/Universidade de Brasília (UnB)	Curricular	Jordano Pereira Araújo	?
	Famed/Faculdade do Planalto Central (Faciplac)	Curricular	Paulo Tubino	?
Goiás	Famed/Universidade Federal de Goiás (UFG)	Optativa	Valdeci Alves de Moraes	1988
Minas Gerais	Famed/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Optativo	Sebastião da Silva Gusmão	1974
	Famed/Itajubá	Curricular	Líbio Martire Júnior	1991
	Faculdade de Ciências Médicas	Optativa	Carlos H. V. de Andrade	1996
Rio de Janeiro	Famed/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Optativa	Diana Maul de Carvalho	1996
	Famed/Universidade Federal Fluminense (UFF)	Curricular	Marcos Porto	?
Santa Catarina	Curso Médico - Universidade Vale do Itajaí	Curricular	Joaquim Beck	?
São Paulo	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (SCM-SP)	Curricular	Nelson Ibanez	1963
	Famed Ribeirão Preto - Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)	Curricular	Ulysses Garzella Meneghelli	1993
	Escola Paulista de Medicina/ Universidade de São Paulo (USP)	Optativa	Dante Marcelo G. Júlio Noto	1999
Sergipe	Famed/Universidade Federal de Sergipe (UFS)	Curricular	Antônio Samarone Santana	?

Fonte: elaborado pelos autores com base em dados da Sociedade Brasileira de História da Medicina e Britto (2014).



1



2



3

**Figura 1** – José Avelino Barbosa, primeiro lente de Higiene e História da Medicina (1833-1838)  
Fonte: arquivo geral da Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus.

**Figura 2** – João Baptista dos Anjos, segundo lente (1839-1858)  
Fonte: acervo geral da Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus.

**Figura 3** – Domingos Rodrigues Seixas, terceiro lente (1858-1881)  
Fonte: arquivo geral da Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus.

**Figura 4** – Claudemiro Augusto de Moraes Caldas, quarto lente (1882-1883), falecido em 1883

Fonte: arquivo geral da Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus.

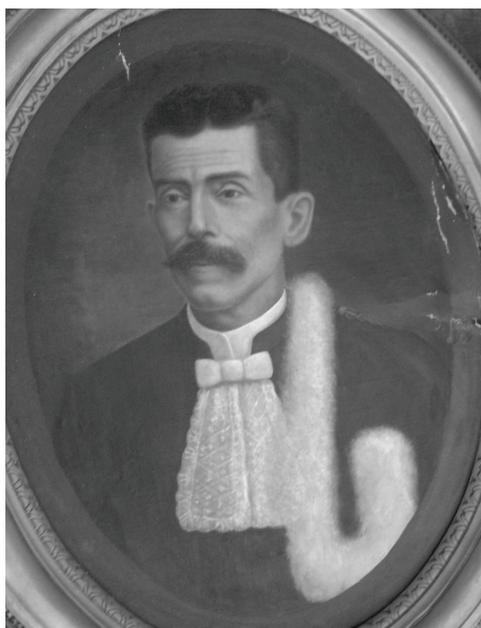


4

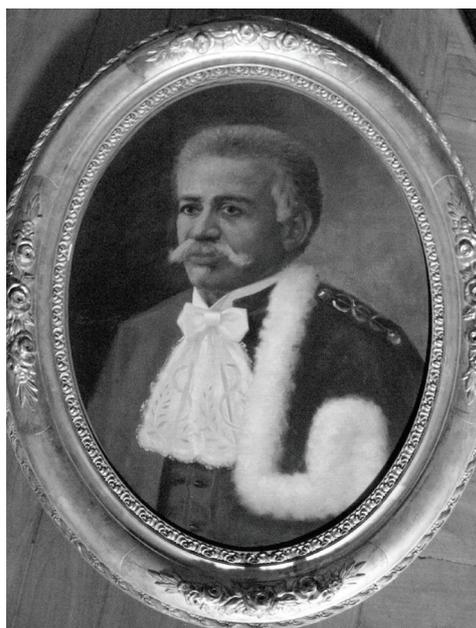
**Figura 5** – Manoel Joaquim Saraiva, quinto lente (1883-1891)

Fonte: arquivo geral da Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus.

**Figura 6** – Luiz Anselmo da Fonseca. Adjunto por concurso da cadeira de Higiene e História da Medicina, de 1883 até 1891, quando se tornou lente de Física Médica  
Fonte: arquivo geral da Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus.



5



6



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL  
Av. Reitor Miguel Calmon, s/nº - Vale do Canela  
CEP 40.110-100 Salvador - Bahia.  
Telefones: 3283-8850 / Fax: 3283-8854



**ATA DA REUNIÃO PLENÁRIA Nº 489 DO DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL (DMPS), REALIZADA NO DIA  
05 DE DEZEMBRO DE 2011.**

Aos 05 dias do mês de dezembro deu-se início à Reunião Plenária nº 489 do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Bahia, na sala de reuniões do próprio departamento, na sede anexa da Faculdade de Medicina da Bahia-FAMEB-UFBA, no campus Vale do Canela. A reunião se iniciou às 09h00min, com a presença dos professores: Ana Angélica da Trindade, Annibal Silvano Neto, Cláudia Bacelar, Fernando Martins Carvalho, Liliane Lins, Marco Rêgo, Mônica Angelim Lima, Paulo Pena, Rafaela Cordeiro, Rita Fernandes, Rita Franco Rêgo, Ronaldo Ribeiro Jacobina, Sumaia Boaventura André, Washington Luiz Abreu de Jesus, dos professores substitutos Clóvis Macedo Neto, Taynar Pereira e André Teixeira Jacobina, além da aluna da graduação Bianca da Silva Nascimento, representando o Diretório Acadêmico de Medicina. A ata da reunião nº 488 lida pela Profa. Sumaia André foi aprovada pela maioria, tendo uma abstenção. Foram sugeridas apenas correções ortográficas e/ou gramaticais. Às 9:15 iniciou-se a discussão dos pontos da pauta. 1º **Apreciação final sobre a cessão do Prof. Eduardo Reis à SESAB: manutenção ou retorno ao Departamento (Prof. Ronaldo Jacobina).** O Chefe do DMPS explicou que tinha convidado o Prof. Eduardo para que apresentasse sua posição em relação ao ponto e o mesmo aceitou participar da reunião, uma vez que ele está liberado até o final do ano. O prof. Eduardo Reis se apresentou aos novos colegas, professores concursados em 2010 e aos Professores Substitutos e depois anunciou que seus argumentos seriam os mesmo utilizados no ano anterior. Resgatou seu histórico na Universidade desde sua opção pelo DMPS no ano de 1998. Atuou nas disciplinas de Epidemiologia, IMS e Medicina Ocupacional. A partir de sua inserção no Governo do Estado ajudou a captar verbas para montar o SESAO, o Serviço de Saúde Ocupacional do HUPES, visando naquele momento a saúde do Professor e demais servidores da UFBA. Vinculou-se ao Governo Wagner desde a transição, no final do 2006, e no período do mandato assumiu a direção do Fundo Estadual de

*Handwritten signatures and initials:*  
- [Signature] (left)  
- [Signature] (left)

através de registro em ata e pequeno resumo facilitando a compreensão do pedido. Decidiu-se pela organização de escala da mudança por grupos para: empacotamento de materiais e a seleção de documentos que devem ser mantidos, que podem ser descartados inclusive com a separação de documentos que devem ser picotados antes de seu descarte; seleção de equipamentos tombados e inservíveis que precisam ser descartados pelo setor competente. Houve ainda a identificação da necessidade de definir uma destinação para a coleção de livros do departamento. Solicitado como ponto de pauta e aceito pela Plenária (9ª) – **Aprovação do novo formato do componente curricular “História da Medicina”**. O Prof. Ronaldo Jacobina apresentou o novo formato para o componente curricular “História da Medicina” que o DMPS está propondo com disciplina complementar optativa e foi aprovado por unanimidade. Em o que ocorrer, o chefe do DMPS, Prof. Ronaldo, informou a eminência de encerramento dos contratos de professores substitutos que atualmente são em número de 4 (quatro) para apenas 1 vaga relativa ao afastamento do Prof. Eduardo para o Governo do Estado, informando mais uma vez que o afastamento da Profa. Lorene Pinto para o exercício da Direção da Faculdade não implica em substituição. Desta forma identificou-se a necessidade de definição de critérios para a escolha de um entre os atuais professores substitutos, tarefa delicada em vista da valiosa contribuição prestada pelo conjunto dos 4 (quatro) professores substitutos atualmente vinculados ao DMPS. Por este motivo o Prof. Ronaldo Jacobina sugeriu como critério para a definição de qual professor permanecerá fosse o de maior tempo no exercício da substituição após considerar que outros critérios possíveis como o desempenho na seleção e a manutenção do cadastro no SUPAC não seriam adequados. Os processos seletivos foram executados em diferentes momentos por bancas distintas o que tornaria questionável sua utilização. Em relação ao cadastro no Sistema SUPAC, onde o Professor Substituto está vinculado ao nome do Professor afastado que gerou a vaga, considerou-se que esta vinculação foi feita de forma aleatória e por isso tornaria este critério injustificado. Desta forma, manifestando a contrariedade do DMPS em abrir mão da contribuição dos colegas, optou-se por unanimidade por manter o professor com maior tempo de contrato. Na ordem de prioridade ficou: 1- Cloves Macedo Neto; 2- Taynar Pereira; 3- André Jacobina; 4- Jesuína Castro. Em relação às **correspondências recebidas**, relatou (1) os ofícios do SPE, que informava a assunção por contrato dos Professores Substitutos André Teixeira Jacobina e Jesuína Castro; (2) O ofício que recebeu do DAMED, informando os representantes estudantis no DMPS: Bianca Nascimento, que esteve no início dessa reunião, Gabriel Kamei Guimarães e

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including names like Bianca Nascimento, Gabriel Kamei Guimarães, and others.

**Figura 7** – Ata da Reunião Plenária do DMPS com aprovação da criação da disciplina optativa História da Medicina, em 5 de dezembro de 2011  
 Fonte: Universidade Federal da Bahia (2011).

BRUNO 23066 12/09/12  
fl. 39

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA  
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808

COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO  
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM  
MEDICINA, DA FACULDADE DE MEDICINA  
DA BAHIA (FMB) DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA (UFBA), REALIZADA EM  
10 DE SETEMBRO DE 2012.

1 O plenário do Colegiado reuniu-se em sessão ordinária em 10 de setembro de 2012, na sede  
2 do Colegiado de curso de Graduação, na *Sede Mater*, Terreiro de Jesus, com início às  
3 10:00h, conforme convite encaminhado aos Membros por meio eletrônico em 05 de  
4 setembro de 2012 onde constou a seguinte pauta: 1. *Processos do Colegiado*; 2. *Calendário*  
5 *do Internato pós-greve*; 3. *Orientações em relação ao TCC: calendário, roteiro, resolução*  
6 *02/2012*; 3. *Discussão em relação a problemas com matrículas*; 4. *Pendências em relação*  
7 *às atividades complementares*; 5. *Apresentação da proposta de criação do NAPP*.  
8 6. *Aprovação da ata de 06 de agosto de 2012*; 7. *O que ocorrer*. **Membros presentes:**  
9 Professores ISABEL CARMEN FONTES DA FONSECA, LUCIANA MATOS BARROS  
10 OLIVEIRA, CAMILA VASCONCELOS, MÔNICA ANGELIM GOMES DE LIMA,  
11 JORGE CARVALHO GUEDES, CARLOS AUGUSTO SANTOS DE MENEZES, WÂNIA  
12 MÁRCIA DE AGUIAR, PEDRO ANTONIO PEREIRA DE JESUS, EDSON O'DWYER  
13 JUNIOR, MARCELO CUNHA, JOSÉ TAVARES-NETO. **Representação Discente:** LUIZ  
14 CARLOS CARNEIRO BASTOS FILHO, MARYANA DIAS NOVAES (SUPLENTE),  
15 THAMIRYS REGINA MARINHO SOUSA (SUPLENTE). Foi iniciada a reunião com a  
16 leitura da Pauta supracitada e a coordenadora solicita a inversão da mesma deixando a  
17 discussão do item dois para o final e apresenta as justificativas para os ausentes. Em  
18 seguida, a Profa. Isabel Carmen historiza os processos anexos a esta ata, sendo todos  
19 deferidos: CRIAÇÃO DE DISCIPLINA OPTATIVA (Retificação de carga horária)  
20 23066.008004/08-52; APROVEITAMENTO DE ESTUDOS-LUCAS SILQUEIRA  
21 CRUZ; EQUIVALÊNCIA DOS COMPONENTES CURRICULARES-034576/11-29 e  
22 034575/11-66; AUMENTO DA CARGA HORÁRIA DE MED B57:064191/10-32. Dando  
23 continuidade a coordenadora do Colegiado ressalta a importância da normatização das  
24 novas orientações em relação ao TCC, através da resolução 02/2012, recém-aprovada, de  
25 acordo com o novo momento do curso, no qual todo o eixo de formação científica, sob a  
26 coordenação do NFC, foi atualizado, ressaltando-se a importância da informatização do  
27 processo, do repositório institucional e relata que a desistência de algumas coordenações  
28 dificultou um pouco o processo considerando-se que TCC I (Monografia I) permanece sem  
29 coordenador. A profa Isabel Carmen relata que aguarda a indicação do nome do professor  
30 por parte do Dep. de Medicina e Apoio Diagnóstico, prevista para o próximo plenário  
31 departamental (12 DE SETEMBRO) e reafirma que a coordenação de TCC IV-MED B60  
32 está sob a responsabilidade da coordenação do NFC, nesse momento representada pelo  
33 professor José Tavares-Neto. A coordenadora solicita a divulgação da resolução 02-2012 do  
34 colegiado de graduação disponível na página eletrônica da FMB, e encaminha a indicação  
35 da data para a realização do III Seminário Estudantil, obrigatório para todos os alunos  
36 matriculados em 2012.1 neste componente curricular. Após a sugestão de algumas datas o  
37 plenário aprova por unanimidade o dia 29 de setembro de 2012. Em seguida a professora  
38 Isabel Carmen relata problemas em relação a diversas matrículas, que estão irregulares. A  
39 professora Monica Angelim sinaliza que a inadequação do sistema acadêmico à  
40 transformação curricular institucional gerou o processo e que a reforma foi aprovada em  
41 todas as instâncias cabíveis. Sugere a elaboração de um relatório bem como que o  
42 superintendente da Secretaria Geral de Cursos, professor Edmar Nascimento seja trazido a

**Figura 8** – Ata do Colegiado com aprovação da criação da disciplina optativa História da Medicina, em 10 de setembro de 2012

Fonte: Universidade Federal da Bahia (2012).

Processo 23066.008004/08-52  
p. 49



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
Pró-Reitoria de Ensino de Graduação



Palácio da Reitoria - Rua Augusto Viana s/n - Canela - 40.110-060 - Salvador - Bahia  
E-mail: prograd@ufba.br / coordgrad@ufba.br Te: (071)3283-7119 Fax: (071)3283 7012

Processo: nº 23066.008004/08-52  
Interessado: Faculdade de Medicina - Terreiro  
Assunto: Anexar documentos  
Complemento: Fimentada disciplina História da Medicina

Análise Técnica Final

A Direção da Faculdade de Medicina – Terreiro solicita a criação do componente curricular optativo **História da Medicina**. Após longa tramitação algumas alterações na proposta inicial foram feitas e a última proposta foi apreciada e aprovada no Departamento de Medicina Preventiva e Social e no Colegiado de Graduação em Medicina. Esta comissão considera relevante a proposição do componente, uma vez que a Faculdade de Medicina da Bahia tem papel protagonista na história do ensino de medicina do país e este legado não deve ser esquecido. O conhecimento em perspectiva da formação de uma área do conhecimento pode complementar e preencher possíveis lacunas na formação profissional do estudante, este conteúdo ainda não tinha sido abordado desta forma na matriz do curso de Medicina. O componente versará, sobre o desenvolvimento da medicina através do tempo, desde os primórdios até os debates atuais no século XXI. Assim, essa Comissão sugere a **aprovação da criação** do componente apenas com a ressalva de que o módulo seja de 30 alunos como determina a resolução CONSEPE 02/2009.

Salvador, 12 de abril de 2013

*Sarah Nascimento*  
Sarah Nascimento

Comissão de Currículos da PROGRAD

Sarah Nascimento dos Reis  
PROGRAD/UFBA  
Tec. em Assuntos Educacionais  
SIAPE 189909

*Do Conselho Acadêmico de Ensino  
com análise técnica da Prograd  
Em 15/04/2013*

*Teresa Cristina Bahiense de Sousa*  
Teresa Cristina Bahiense de Sousa  
Assessora de Ensino de Graduação  
PROGRAD/UFBA

SECRETARIA DOS ÓRGÃOS COLEGIADOS  
Recebido e Conferido  
Em 17/04/13  
Assinatura

**Figura 9** – Parecer Técnico da Comissão de Currículo da Prograd autorizando o componente optativo História da Medicina, em 12 de abril de 2013  
Fonte: Universidade Federal da Bahia (2013c).

CAE - Parecer e voto nº 307  
Aprovados em 24/07/13



## UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Processo nº 008004/08-52

A Direção da Faculdade de Medicina solicita apreciação do CAE - Conselho Acadêmico de Ensino à criação de componente curricular História da Medicina de natureza optativa para o curso de Medicina. O processo conta com Atas de reunião do Departamento de Medicina Preventiva e do Colegiado do Curso de Medicina que aprovam a criação do componente e, tramitou em diligência para o atendimento de normatizações e resolução de incongruências. Solucionadas as pendências passa por análise técnica da comissão de currículos da PROGRAD que, em parecer definitivo, sugere que o Conselho Acadêmico aprove a solicitação. Diante do exposto e considerando que após longa tramitação o pedido se organiza de maneira compatível tanto às questões administrativas quanto às questões acadêmicas e, ainda que a criação desse componente é considerado relevante para a formação complementar de discentes inscritos no curso de Medicina, voto pelo DEFERIMENTO ao pleito de criação do componente curricular MED – História da Medicina. Esse é o parecer. S.M.J.

Em, 05 de Julho de 2013

Jussara Sobreira Setenta

Parecer e voto aprovados pelo Conselho  
Acadêmico de Ensino em sessão de:  
24/07/2013  
Celeste Maria Philigret  
Presidente do Conselho Acadêmico de Ensino  
Celeste Maria Philigret Baptista  
Presidente do Conselho Acadêmico de Ensino

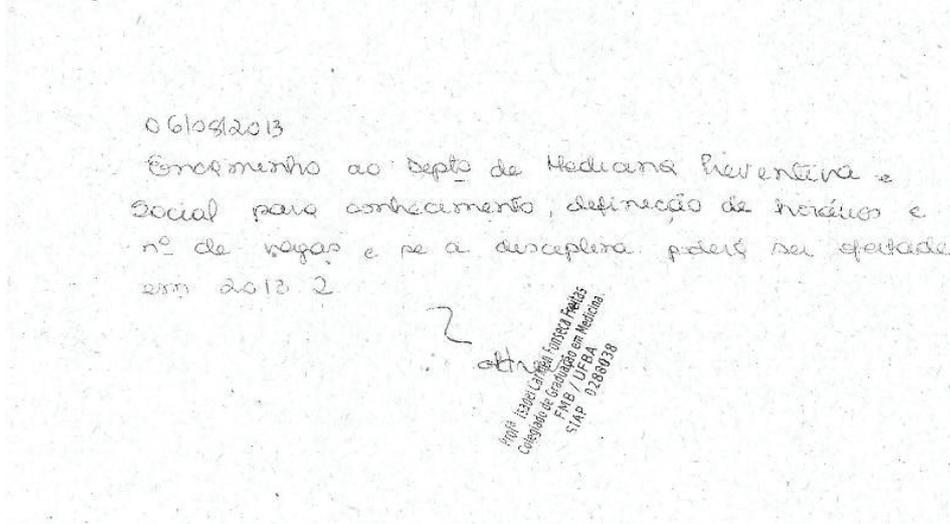
*Do parecer, a SUPAC, para conhecimento e providências  
pertinentes.  
Em 24/07/2013*

*Ranilson*  
Ranilson Santos das Neves  
Assist. Administração - SOC  
Mat. Siape - 1643131

**Figura 10** – Parecer do CAE da UFBA aprovando a disciplina História da Medicina, em 6 de julho de 2013

Fonte: Universidade Federal da Bahia (2013).

Nome	Período			Carga Horária			Módulo			EAD	Depto
	Inicial	Final	Créditos	Teo	Prá	Est	Teo	Prá	Est		
HISTÓRIA DA MEDICINA	2013-1	0000-0	0	17	17	0	30	30	0	Não	MED14
Total de Registros: 1											



**Figura 11** – Colegiado autoriza a oferta da disciplina no dia 6 de agosto de 2013  
 Fonte: Universidade Federal da Bahia (2013b).



**Figura 12** – Almira Vinhaes Dantas, professora do curso de História da Medicina (Propag/DMPS/FMB/UFBA), dirigente do IBHMCA  
 Fonte: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (2018).



**Figura 13** – Doutor Antônio Carlos Nogueira Britto (à esquerda), professor honorário da FMB/UFBA e dirigente do IBHMCA. À direita, professor Ronaldo Jacobina. Congresso de História da Medicina em Fortaleza  
Fonte: produzida pelos autores.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Victor Porfírio dos Santos. *A medicina nos campos de concentração de Auschwitz*. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
- BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *A história do ensino médico na Bahia*. Salvador, 10 jan. 2014. Não publicado.
- BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *A medicina baiana nas brumas do passado*. Salvador: Contexto e Arte Editorial, 2002.
- DANTAS, Almira. *José Correa Picanço: o homem e sua ideia*. São Bernardo dos Campos, SP: Bartira, 2016.
- ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA. *Aula inaugural recebe novos mestrandos e doutorandos da Bahiana*. Salvador, 27 fev. 2018. Disponível em: <https://www.bahiana.edu.br/noticia/27273/aula-inaugural-recebe-novos-mestrandos-e-doutorandos-da-bahiana/>. Acesso em: 21 jan. 2021
- FONSECA, Luiz Anselmo. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1891*. Bahia: Diário da Bahia, 1893.
- GUSMÃO, Ernane. *Medicina nas escrituras sagradas*. Salvador, 11 nov. 2013.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Presença negra na Faculdade de Medicina da Bahia*. Salvador, 2016.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; MATUTINO, Adriana R. Brandão; CORREIA, Fernanda R. *Faculdade de Medicina da Bahia: mais de 200 anos de pioneirismo*. Salvador: Edufba, 2016.
- NASCIMENTO, Samuel Ulisses Chaves Nogueira do. *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.
- OLIVEIRA, Eduardo de Sá. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia, concernente ao ano de 1942*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.
- PENA, Paulo Gilvane Lopes. *Quatro séculos de práticas agronômicas, veterinárias e médicas para o escravo nas Américas e desafios para do SUS na erradicação das formas contemporâneas de trabalho na escravidão*. Salvador, 6 fev. 2019.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Conselho Acadêmico de Ensino. *Processo nº 008004/08-52. Parecer e voto n. 307*. Salvador, 5 jul. 2013a.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. Colegiado de Curso de Graduação em Medicina. *Ata da Reunião Ordinária do CCGM-FMB-UFBA, realizado em 10 de setembro de 2012*. Salvador, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. Colegiado de Curso de Graduação em Medicina. [*Documento encaminhado para o DMPS para conhecimento, definição de horas e do número de vagas e se será ofertada em 2013.2*]. Salvador, 6 ago. 2013b.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. Departamento de Medicina Preventiva e Social. *Ata da Reunião Plenária n. 489 realizada no dia 05 de dezembro de 2011*. Salvador, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Pró-Reitoria de Ensino de Graduação. *Processo nº 23066.008004/08-52*. Anexar documento – ementa da disciplina da História da Medicina. *Análise técnica final*. Salvador, 12 abr. 2013c.

# ANEXO A – EMENTA DA DISCIPLINA HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTÓRIA DA MEDICINA – MED B92

1. EMENTA; 2. OBJETIVOS; 3. METODOLOGIA DE ENSINO; 4. AVALIAÇÃO;
5. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO; 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Disciplina optativa presencial (2013.2 – 2019.2)

Disciplina optativa online (SLS/2020)

Coordenador geral: Prof. Eduardo José Borges Farias dos Reis

Coordenador pedagógico: Ronaldo Ribeiro Jacobina (Propap)

## 1 EMENTA

Medicina apresentada nessa disciplina complementar optativa seguindo a periodização histórica (Antiguidade Clássica, Idade Média, Moderna e Contemporânea), correlacionando-a com as diferentes conjunturas, sempre enfatizando o desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico e a influência dos fatores sociais (políticos, econômicos e culturais) na prática médica. A introdução dos recursos diagnósticos, preventivos e terapêuticos será exemplificada no estudo das especialidades e/ou de doenças e outros agravos. O protagonismo não é só de médicos, mas de diversos profissionais e cientistas da área da Saúde e de diversos campos de saberes e tecnologias em todas as áreas de conhecimento. É apresentada também aspectos relevantes da medicina brasileira e baiana, em particular (a história da 1ª escola médica do país, bem como da Gazeta Médica da Bahia e a Escola Tropicalista).

## 2 OBJETIVOS

Descrever e analisar a prática médica nos diferentes períodos históricos, identificando seus agentes, saberes e técnicas e suas finalidades. Objetivos específicos: o de oferecer elementos conceituais e metodológicos que permitam o desenvolvimento de estudos históricos da medicina e da saúde; e o de apresentar alguns destaques da medicina brasileira e baiana.

### 3 METODOLOGIA

O Curso constará de exposições dialogadas dos professores e convidados e debates e seminários sob coordenação docente, com treze aulas teóricas, intercadas com quatro aulas para a preparação do trabalho final. Na elaboração desse trabalho final ou resenha crítica os professores responsáveis pela disciplina colocarão carga horária extraclasse à disposição dos alunos. Atividades adicionais: O professor responsável pela turma prática poderá definir atividades próprias para sua turma prática.

### 4 AVALIAÇÃO

Será feita tanto de modo processual, levando em conta a frequência e pontualidade, o preparo e apresentação dos seminários e/ou participação nos debates; quanto pelo produto final – um trabalho sob forma de comunicação ou pôster ou resenha crítica elaborada na etapa final do curso.

### 5 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO: HISTÓRIA DA MEDICINA NOS SUCESSIVOS PERÍODOS HISTÓRICOS

#### 5.1 HISTÓRIA: CIÊNCIA E ACONTECIMENTO, MEMÓRIA E HISTÓRIA

Conceito de história. Conceito de memória. O paradigma positivista. A Escola dos Annales (1ª geração). A História Nova.

O território bombardeado: as várias histórias. A relação da história com as outras ciências sociais: antigas relações: demografia, economia, sociologia; novas relações: antropologia, linguística.

#### 5.2 HISTÓRIA E CIÊNCIA

História das mentalidades. Testemunhos voluntários e involuntários.

#### 5.3 MEDICINA NA ANTIGUIDADE CLÁSSICA

Os Símbolos da Medicina (modelo de receita e o olho de Osíris, caduceus de Hermes (Mercúrio) e de Asclépio (Esculápio), a cobra Píton do Epidauró, o juramento de Hipócrates).

Introdução às origens da medicina grega. A prática médica na antiguidade clássica. Saúde e comunidade no mundo greco-romano.

#### 5.4 MEDICINA NA EUROPA MEDIEVAL

Introdução, medicina e cristianismo primitivo. Prática médica na Alta (Séc.V-XI) e Baixa Idade Média (XI-XV). Estudos de algumas pandemias no mundo ocidental.

#### 5.5 MEDICINA NO PERÍODO MERCANTILISTA

Mecanicismo, vitalismo, empiricismo.

#### 5.6 MEDICINA NA IDADE MODERNA

Evolucionismo, positivismo e ecletismo. O Nascimento do hospital e da Medicina Social. O Nascimento da Clínica. A saúde em uma era de iluminismo e revolução. O industrialismo e o movimento sanitário.

#### 5.7 MEDICINA CONTEMPORÂNEA

Tecnologia e expansão. Poder e perplexidade. Doença como desordem orgânica e como modo de viver. A era bacteriológica e suas consequências.

#### 5.8 AS ORIGENS DA MEDICINA NO BRASIL

A arte de curar os males na Colônia. A medicalização da cidade e de suas instituições: escola, quartel, prisão; fábrica, hospital. A medicalização da loucura e da morte. “Gripe da Primeira Guerra Mundial” e pandemia do Covid 19.

A história da Faculdade de Medicina da Bahia.

#### 5.9. A ESCOLA TROPICALISTA BAHIANA (ETB)

*A Gazeta Médica da Bahia*. Pesquisa histórica. A ETB e as epidemias de cólera e febre amarela.

#### 5.10 BREVE HISTÓRIA DE ALGUMAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Obstetrícia e Ginecologia; Saúde mental; Anestesiologia; Infectologia e a Imunologia. Doenças Virais e a Vacina; Doença infectocontagiosas e Vetores; Doenças Metabólicas e Degenerativas e a causalidade múltipla; Carência alimentar.

#### 5.11 A RELAÇÃO DE MEDICINA COM A GUERRA. MEDICINA E RELIGIÃO

#### 5.12 MEDICINA, ÉTICA E CONHECIMENTO HUMANÍSTICO

#### 5.13 A MEDICINA DO SÉCULO XXI

Perspectivas da Medicina no século XXI

## REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Eliane de Souza e. *Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia – Terreiro de Jesus: Memória Histórica 1996-2007*. Feira de Santana, BA: Editora da Academia de Medicina de Feira de Santana, 2008.
- AZEVÊDO, Eliane de Souza e. Comentários sobre a descoberta do mecanismo de herança da Anemia Falciforme. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 80, n. 3, p. 3-4, ago./out. 2010.
- BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *A medicina baiana nas brumas do passado*. Salvador: Contexto e Arte Editorial, 2002. p. 301-310.
- DANTAS, Almira. *José Correa Picanço: o homem e sua ideia*. São Bernardo dos Campos, SP: Bartira, 2016.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p. 79-98.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento do Hospital. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p. 99-112.
- FRIEDMAN, Meyer; FRIEDLAND, Gerald W. *As dez maiores descobertas da Medicina*. São Paulo: Companhia de Letras, 2006.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB*. Salvador: FMB-UFBA, 2013. v. 3 – professores, funcionários e alunos da FAMEB.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. A pesquisa histórica na medicina: algumas questões metodológicas exemplificadas através de pesquisas sobre a prática psiquiátrica na Bahia. Salvador: DMPS-FMB-UFBA, 2016. Texto didático.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Juliano Moreira: da Bahia para o mundo a formação baiana do intelectual de múltiplos talentos (1872-1902)*. Salvador: Edufba, 2019.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CHAVES, Leandra; BARROS, Rodolfo. A “Escola Tropicalista” e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 86-93, 2008.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; MATUTINO, Adriana R. B.; CORREIA, Fernanda R. *Faculdade de Medicina da Bahia: mais de 200 anos de pioneirismo*. Salvador: Edufba, 2015.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro. *História de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1978.
- LUZ, Madel Terezinha. A Escola Tropicalista Bahiana: o modelo de conhecimento. In: LUZ, Madel Terezinha. *Medicina e ordem política brasileira: política e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 129-137.

LUZ, Madel Terezinha. A questão do ensino médico da Bahia (1855-1898) e a Escola Tropicalista Bahiana. In: LUZ, Madel Terezinha. *Medicina e ordem política brasileira: política e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 139-164.

ROONEY, Anne. *A história da Medicina: das primeiras curas aos milagres da medicina moderna*. São Paulo: M. Books do Brasil, 2013.

TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. Salvador: Edufba, 1999.

## LEITURAS RECOMENDADAS

BLOCH, Marc. *Apologia da história ou O ofício de historiador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 2001.

DAVID, Onildo Reis. Introdução. In: DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: Edufba: Sarah Letras, 1996. p. 15-22.

DAVID, Onildo Reis. O ambiente da epidemia. In: DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: Edufba: Sarah Letras, 1996. p. 21-44.

DAVID, Onildo Reis. Medicina e religião: duas versões sobre o cólera. In: DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: Edufba: Sarah Letras, 1996. p. 75-101.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1977.

LE GOFF, Jacques. *A história nova*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

LE GOFF, Jacques. *História e memória*. 4. ed. Campinas: Ed. UNICAMP, 1996.

LE GOFF, Jacques. História. In: LE GOFF, Jacques. *História e memória*. 4. ed. Campinas: Ed. UNICAMP, 1996. p. 17-165.

MACHADO, Roberto *et al.* *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

REIS, João José. Introdução – A Cemiterada. In: REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia de Letras, 1991. p. 13-26.

REIS, João José. O cenário da Cemiterada. In: REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia de Letras, 1991. p. 27-48.

REIS, João José. Civilizar os costumes (I): a medicalização da morte In: REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia de Letras, 1991. p. 247-272.

PORTER, Roy. *História ilustrada da medicina*. Cambridge. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

ROSEN, George. *Da polícia à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, George. O que é a medicina social. *In: ROSEN, George. Da polícia à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980. p. 77-141.

ROSEN, George. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC: Ed. UNESP, 1994.

## ANEXO B – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES SÍNCRONAS E ASSÍNCRONAS DA DISCIPLINA HISTÓRIA DA MEDICINA (MED B92) DO SEMESTRE LETIVO SUPLEMENTAR (SLS)

### ATIVIDADES SÍNCRONAS

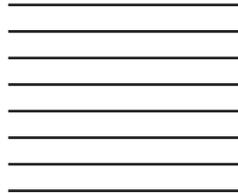
AULA	CONTEÚDO	MONITOR RESPONSÁVEL	ALUNOS RESPONSÁVEIS PELA EXPOSIÇÃO
01	1. Discussão do Programa (objetivos, temas, critérios de avaliação, calendário de aulas). 2. Exposição dialogada: “Da Medicina Antiga a Medicina Contemporânea”. Professores Ronaldo Jacobina e Eduardo Reis (DMPS-FMB-UFBA)	Felipe Araújo	
02	1. Exposição dialogada “Pesquisa em História: aspectos teóricos e metodológicos sobre a ciência da História”. Expositor convidado: André Jacobina. 2. Bibliotheca Gonçalo Moniz – FMB ou FAMEB-TJ (convite: ser visitada pós-pandemia). Conhecimento do acervo histórico da escola <i>mater</i> da Medicina brasileira.	Rosa Calado	
03	1. Exposição dialogada: “Epidemias na história da humanidade”. Expositora convidada: profa. Lorene Pinto (FMB/UFBA)	Thayná Lopes	
04	1. Debate “Microbiologia x Medicina Social: o que a pandemia de covid-19 atualiza este debate/embate”. Debatedora: Giulia Accorsi (doutoranda em História das Ciências e da Saúde na Fiocruz)	Thaís Carmona	Natanael da Silva de Carvalho; Luana Passos
05	1. Debate: “História dos antibióticos e dos antirretrovirais e a busca pelo tratamento da covid-19”. Debatedor convidado: prof. Guilherme Ribeiro (FMB/UFBA e Fiocruz)	Felipe Araújo	Luan Calheiros; Jhonny Hermógenes; Lucas Senna
06	1. Debate: “História das vacinas e os desafios éticos, técnicos e geopolíticos atuais da covid-19.” Debatedora convidada: profa. Ceuci Nunes (Escola Bahiana de Medicina e Diretora do Instituto Couto Maia)	Lincoln Araújo	Silvio Fraga; Vinicius Sampaio; Janaina Carvalho

<b>AULA</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>MONITOR RESPONSÁVEL</b>	<b>ALUNOS RESPONSÁVEIS PELA EXPOSIÇÃO</b>
07	1. Debate: "História da genética e o êxito da busca genômica do covid-19". Debatedor convidado: prof. Gúbio (Instituto de Ciências da Saúde/UFBA)	Felipe Araújo	Sabrina Costa; Isabel Brito; Rafael Neves
08	1. Debate: "A história da Medicina do trabalho e os cuidados atuais sobre a saúde dos profissionais de saúde frente a covid-19." Debatedor: dra. Jeane Britto (Hospital Ana Neri)	Juliane Bispo	Walber Reis; Karina Gazzoni
09	1. Debate: "A história do cuidado das vítimas das epidemias: isolamento, quarentena, rede de apoio e suas relações com a pandemia da covid-19". Debatedor convidado: dr. Igor Ferraz Lobão (Gestor da Sesab)	Thais Carmona	Stefani Paiva; Luciene Santos
10	1. Debate: "Saúde, medicina e escravidão no Brasil". Palestrante convidado: prof. Paulo Pena (FMB/UFBA)	Rosa Calado	
11	1. Debate: "A história da Faculdade de Medicina da Bahia". Debatedor: prof. Edson O'dwer	Thayná Lopes	Bruno Carneiro; Maria Carolina Paraíso; Matheus Honorato
12	1. Debate: "A Escola Tropicalista da Bahia". Debatedora: Giulia Accorsi (doutoranda em História das Ciências e da Saúde na Fiocruz)	Thais Carmona	Marina Mucci; Rafael Marques
13	1. Debate: "Presença negra na Faculdade de Medicina da Bahia". 2. "Presença feminina na Faculdade de Medicina da Bahia". Debatedores(as) convidados(as): representantes do NegreX e do Coletivo Feminista Rita Lobato	Felipe Araújo	Marcos Costa
14	1. Debate: "A medicina nos campos de Auschwitz e na ditadura militar". Palestrantes convidados: dr. Victor Porfírio (Instituto Couto Maia) e dr. Renan Araújo (Sesab).	Lincoln Araújo	Felipe Cordeiro; Julie Boeloni
15	1. Discussão: "Metodologias de ensino de medicina ao longo da história". 2. Encerramento e avaliação do curso.	Rosa Calado	Rosa Calado; Thais Carmona

## ATIVIDADES ASSÍNCRONAS

<b>AULA</b>	<b>MONITOR RESPONSÁVEL</b>	<b>GRANDES NOMES DA HISTÓRIA DA MEDICINA (TEMA + ALUNO RESPONSÁVEL)</b>
Semana 00	Felipe Araújo	Exposição de materiais básicos do componente e recomendações de leitura para a construção das atividades das próximas semanas.
Semana 01	Lincoln Araújo	Hipócrates (Sabrina Costa) e Galeno (Janaina Carvalho)
Semana 02	Rosa Calado	Andreas Vesálio e a Anatomia Humana (Rafael Neves e Luana Passos)
Semana 03	Juliane Bispo	A história da descoberta da circulação do sangue (Julie Boeloni e Luciene Santos)
Semana 04	Lincoln Araújo	Edward Jenner e a vacinação (Jhonny Hermógenes e Natanael Carvalho)
Semana 05	Tháís Carmona	Medicina do Trabalho e Ramazzini (Karina Gazzoni e Lucas Senna)
Semana 06	Thayná Lopes	História do hospital: de lugar onde se ia morrer a máquina de curar (Felipe Cordeiro e Maria Carolina Paraíso)
Semana 07	Juliane Bispo	Rudolf Virchow e a Medicina Social (Rafael Marques e Matheus Honorato)
Semana 08	Rosa Calado	Alexander Fleming e os antibióticos (Luan Calheiros) e breve história da Genética (Marinna Siqueira)
Semana 09	Tháís Carmona	Silva Lima (Isabel Brito) e Paterson e Wucherer (Walber Reis)
Semana 10	Thayná Lopes	Pirajá da Silva e a descoberta do <i>S. mansoni</i> (Marina Mucci)
Semana 11	Lincoln Araújo	Juliano Moreira e a Psiquiatria (Silvio Fraga) e História da FMB (Bruno Carneiro e Alisson dos Anjos)
Semana 12	Rosa Calado	Oswaldo Cruz e a Saúde Pública (Stefani Paiva) e Carlos Chagas: nome mundial da Medicina brasileira (Vinicius Sampaio)





## 2

# A PESQUISA HISTÓRICA DA MEDICINA: QUESTÕES METODOLÓGICAS EXEMPLIFICADAS EM PESQUISAS SOBRE A PRÁTICA MÉDICO-SOCIAL E SANITÁRIA<sup>1</sup>

*Ronaldo Ribeiro Jacobina*  
*André Teixeira Jacobina*

## INTRODUÇÃO

Antes de apresentarmos os princípios e procedimentos metodológicos usados no manejo dos dados e as fontes identificadas e trabalhadas em estudos históricos sobre a prática médica psiquiátrica e de Saúde Pública na Bahia (JACOBINA, A., 2016; JACOBINA, R., 2001), explicitaremos sucintamente a concepção geral da metodologia adotada nas pesquisas.

---

1 Agradecemos pelas observações críticas e sugestões de Giulia Accorsi, doutora em História das Ciências e da Saúde – Casa Oswaldo Cruz /Fiocruz.

Entendemos que metodologia não é tão somente um conjunto de métodos e técnicas utilizados para se testar uma hipótese (transformá-la ou não em tese) ou atingir o(s) objetivo(s) de uma pesquisa. Compreendemos que ela abrange também a explicitação de princípios e diretrizes que orientam a escolha das técnicas, o modo como são elaborados os instrumentos que serão utilizados na análise dos dados. Mais ainda, em estudos que utilizam métodos das ciências humanas, cabe discutir como questão metodológica o papel do próprio sujeito da pesquisa, que oferece elementos para a compreensão da própria escolha do tema e da construção do objeto de investigação.

O filósofo inglês John Locke (1632-1704), formado em Medicina pela Universidade de Oxford, refletindo sobre o conhecimento, compara-o com o olho, que não é capaz de observar a si mesmo. O homem, como ser social, observa-se, mas requer também *arte e esforço* para o *entendimento*, como reivindica Locke (1983, p. 139), “fazer de si mesmo seu próprio objeto”.

Sobre a relação sujeito-objeto nas ciências humanas, a orientação adotada aqui é a de Weber (1993, p. 124), segundo a qual não existe análise científica puramente “objetiva” dos fenômenos sociais – políticos, econômicos e culturais. Toda análise está sempre vinculada a uma determinada perspectiva. Graças a esta visão particular e necessariamente parcial, os fenômenos, enquanto objetos de pesquisa, são conscientemente ou inconscientemente selecionados, analisados e sintetizados, bem como organizados pelo método de exposição.

Mais do que afastar o mito da separação absoluta entre ciência e ideologia, para Weber é a *visão de mundo* do autor – sua formação teórica, e também suas crenças e convicções, suas ideias de valor etc. – que dá direção e significado ao estudo da vida social:

[...] sem as *ideias de valor do investigador*, não existiria nenhum princípio de seleção, nem o conhecimento sensato do real singular, da mesma forma como sem a *crença do pesquisador* na significação de um conteúdo cultural qualquer, resultaria completamente desprovido de sentido todo o estudo do conhecimento da realidade individual, pois também a orientação da sua *convicção pessoal e a difração de valores no espelho da sua alma* conferem ao seu trabalho uma direção. (WEBER, 1993, p. 132, grifo nosso)

Assim, antes de discutirmos os métodos e técnicas de pesquisa histórica que utilizamos para abordar a realidade singular da prática psiquiátrica na Bahia, explicitaremos a seguir, para dar sentido e direção a este trabalho, as peculiaridades da História, escolhida com *razão apaixonada* na pluralidade das ciências humanas ou sociais.

O objetivo aqui será não ficar apenas no nível descritivo, mas alcançar o patamar teórico-crítico, analisando os principais elementos metodológicos da investigação histórica – seu objeto, suas fontes e, pelo menos, alguns de seus recursos analíticos.

Antes de discutirmos os aspectos metodológicos, no sentido mais estrito, vamos abordar sucintamente a questão epistemológica da História no conjunto das outras ciências sociais.

## **A HISTÓRIA E AS CIÊNCIAS HUMANAS**

História é um termo polissêmico e, por isso, capaz de gerar confusões semânticas. Para evitar possíveis equívocos, é preciso explicitar os principais significados do termo, deixando bem claro o sentido assumido em cada contexto em que ele estiver sendo usado, pois não se pode usá-lo num único sentido.

O significado originário do termo “história” refere-se a um conjunto de atividades humanas em sociedade, em um determinado momento (fatos históricos). Um sentido derivado é o de um “saber” e mais recentemente de “ciência”, a História, cujo objeto de estudo são as atividades ou os fatos referidos anteriormente. Um sentido mais restrito está no uso do termo para designar o conjunto das obras que resultam do trabalho do especialista chamado de historiador. (CARDOSO, 1983) Como este último já é um sentido derivado do segundo, ou seja, são as obras de um determinado campo de saber, a distinção será feita entre os dois primeiros sentidos.

Como se pode observar há um só termo tanto para o saber, a disciplina, quanto para o seu objeto, o acontecimento. A língua portuguesa tem na sua gramática uma regra ortográfica que pode ajudar, pois se emprega a letra inicial maiúscula para as ciências, as disciplinas, as artes etc. (FERREIRA, 1986) Assim, usaremos “História” para a ciência e “história” para o seu objeto, sem que o uso de maiúscula e minúscula tenha qualquer valor hierárquico. Nas citações, que não grafam esta distinção, espera-se que ela possa ser feita pelo sentido.

Mas, para efeito de clareza, as distinções ainda não se esgotaram. Como a História é uma disciplina antiquíssima, seu termo-valise está cheio de sentidos que foram se incorporando no transcorrer do tempo. Na origem helênica, como uma das artes sob a proteção das musas, no caso Clio, filha de Zeus e da deusa da memória Mnemósine (BULFINCH, 2000, p. 15), inaugura-se a partir da mitologia grega toda uma tradição da História como narração, como ramo da literatura. Há também uma outra tradição, da disciplina História como importante ramo e objeto da filosofia, seja a filosofia da história propriamente dita, seja a filosofia política. Entretanto, desde a época moderna, em especial no século XIX, como ocorreu em outros campos de saber, a História, sem recusar o seu passado lite-

rário e filosófico, vem construindo, através de seus praticantes, uma disciplina científica. E, como veremos adiante, tem demonstrado, neste século, uma vitalidade, sobretudo pelo diálogo que vem travando com as outras ciências humanas ou sociais, que pode ser ilustrada pela plethora de ramos que surgem a partir dela: História Econômica, História Demográfica, História Social, História Política, das Ciências, das Ideias, das Mentalidades etc.

É assim que podemos entender esse aparente paradoxo da História como uma velha novíssima: “velha sob a forma embrionária da narrativa [...], a história é, como empresa refletida de análise, novíssima”. (BLOCH, 1997, 2001)

Em Heródoto temos o início da história como ramo do conhecimento, mas ainda distante da História científica, que viria apenas no século XIX, como um desdobramento do avanço da própria ciência. Apesar disso, investigações empíricas já existiam na antiguidade clássica. O positivismo do século XIX dá início à História científica. Leopold von Ranke foi um importante expoente dessa História científica, que absorvia métodos das ciências da natureza, as quais já se encontravam fortalecidas e estabelecidas no século XIX, embora seus objetos fossem diferentes. Um dos desdobramentos dessa influência das ciências da natureza foi o surgimento de uma perspectiva histórica que buscava “mostrar o passado como ele realmente foi”. Também existiu um foco na história política e em fontes primárias. Como essa perspectiva histórica positivista coloca no documento a centralidade da história isso acabou levando a um rigor no processo de verificação da autenticidade dos documentos, uma contribuição importante para o estudo da história até os dias de hoje, mesmo que aspectos centrais do positivismo tenham sido superados. (BLOCH, 1997, 2001)

A “Nova História”, com nomes como Bloch e Febvre, tinha como objetivo superar uma história meramente política, e isso levou a absorver na análise histórica perspectivas e conceitos da antropologia, sociologia, economia, entre outras áreas. A perspectiva marxista, que vem do século XIX, influenciou muitos historiadores a ver os processos da história como luta de classes, já que essa luta de classes é vista como motor da história pelos primeiros. Não o único, mas o principal e mais decisivo – algo inclusive esclarecido por Engels. Vale a pena dizer que outras concepções de História se desenvolveram no século XX, como a História Cultural, a História das Mentalidades, a História Social, entre outras. Essas não são excludentes entre si, podendo ser complementares, dependendo da forma como os historiadores trabalham essas diferentes perspectivas, evitando contradições entre os conceitos utilizados.

Uma reflexão sobre a metodologia de uma disciplina científica como a História, cuja prática é anterior ao surgimento das ciências modernas, nos séculos XVII e XVIII, pode comportar uma discussão epistemológica sobre seu estatuto de

cientificidade. Aliás, essa discussão é pertinente em qualquer disciplina, porque, na História das Ideias, há inúmeros exemplos onde a inovação metodológica tem sido fundamental para mudanças profundas em vários campos de saber. É um recurso analítico distinguir fato e teoria, pois teorias inovadoras e descobertas de fatos estão sempre imbricadas, “entrelaçadas”, seja na implantação de um paradigma científico inicial ou numa revolução científica, superando seu paradigma tradicional, para utilizarmos o conceito kuhniano.<sup>2</sup> (KUHN, 2003)

Essa ideia de novidade, referida à metodologia, já tinha sido destacada antes por Bachelard (1978, p. 94) para a física moderna: “E tal novidade é profunda, pois não é a novidade de um achado, e, sim, a novidade de um método”. Georges Canguilhem (1994, p. 156), filósofo das ciências da vida, vai além, num texto em que discute o *status* epistemológico da Medicina, ao afirmar que qualquer ciência, pura ou aplicada, valida seu estatuto epistemológico ao desenvolver métodos novos e alcançar resultados também novos: “Uma ciência evolui por causa de seu interesse em métodos novos para lidar com seus problemas”.

Como já referido antes, estamos nos referindo a um conceito amplo de metodologia, para além daquela visão restrita de um conjunto de prescrições de modos apropriados de “coletar dados”, processá-los e analisá-los. Não existe nada mais metodologicamente inadequado do que falar em “coleta de dados”, como se eles fossem algo pronto para ser colhido, coletado. Adotamos uma visão ampliada, como, por exemplo, a de Becker (1994, p. 17), para quem metodologia é o estudo dos modos de fazer pesquisas de uma determinada disciplina (métodos), mas também a reflexão do que pode ser descoberto através delas e do grau de confiabilidade do conhecimento assim adquirido, bem como o esforço de aperfeiçoamento desses métodos através da crítica de suas propriedades.

Com esta visão ampliada de metodologia, podemos trazer à tona uma questão muito presente na discussão epistemológica envolvendo as ciências naturais, sempre tomadas como paradigmáticas, e as ciências sociais e humanas, em geral, tidas como atrasadas, quando não questionadas enquanto ciência, como é frequente com a História.

Thomas Kuhn, no seu estudo clássico de epistemologia histórica *A estrutura das revoluções científicas* (2003), mesmo já tendo tomado conhecimento dos impasses e incertezas que emergiram nas ciências naturais deste o início deste

---

2 A noção de paradigma é anterior à obra de Kuhn (2003), como na linguística, por exemplo, porém é a partir do uso por este autor como um conceito central que o termo se consagra na epistemologia. O autor reconhece dois usos distintos do termo: um mais global e outro mais específico e preciso. Embora o autor considere o sentido mais global – paradigma como constelação dos compromissos de grupos – como o menos apropriado, foi aquele que mais se difundiu. Usamos aqui tanto como matriz disciplinar quanto como exemplo compartilhado, seu sentido mais preciso.

século, pelos critérios de seu modelo para definir uma ciência amadurecida, chega a considerar as ciências sociais como pré-paradigmáticas, em especial, por elas não apresentarem o domínio de um único paradigma. O sociólogo português Boaventura Santos (2000) refutou a tese kuhniana, confrontando-a, com obras como a de Prigogine e Stengers (1997), que buscam o estabelecimento de um novo diálogo nas relações homem-natureza, possibilitando, assim, novas relações entre as ciências naturais e sociais.

Examinando atentamente, observamos que Kuhn (2003), de modo explícito, centrou sua análise no desenvolvimento das ciências naturais (em especial, os diversos campos da física). Mais ainda: com prudência, reconhece que a natureza da transição do período pré para o pós-paradigmático “merece uma discussão mais ampla do que a recebida neste livro, *especialmente por parte daqueles interessados no desenvolvimento das ciências sociais contemporâneas*”. (KUHN, 2003, p. 222-223, grifo nosso)

Num trabalho anterior, mesmo levando em conta estas ressalvas do autor, refutamos a tese kuhniana com o próprio Kuhn, através de sua obra:

[...] seu estudo serve de marco para um novo paradigma epistemológico, que vem questionando competentemente, por um lado, a tradição normativa na filosofia da ciência, com suas regras de justificação e, por outro, as certezas das ‘amadurecidas’ ciências naturais. E para tanto, utiliza-se em sua ‘caixa de ferramentas’ os estudos da Psicologia da percepção e da descoberta, da Sociologia da comunidade científica, da Ciência Política e, em especial, da História dialética, não-positivista, ou seja, das ‘menos desenvolvidas’ ciências humanas. (JACOBINA, 2000b, p. 620)

Jean Piaget (1967, 1972), em trabalhos sobre a epistemologia das ciências humanas, classificou os estudos relativos aos homens ou às sociedades em quatro grupos:

- 1) as ciências nomotéticas;
- 2) as ciências históricas;
- 3) as disciplinas jurídicas;
- 4) as disciplinas filosóficas.

Interessa a discussão dos dois primeiros, pois Piaget (1967) distingue aqui as “ciências históricas” das outras ciências humanas pelo critério do estabelecimento de leis.

A denominação de ciências nomotéticas, *nómos* = lei, em grego (CUNHA, 1999, p. 551), é geralmente usada em epistemologia para as ciências naturais, aquelas

em que o pensamento científico busca as leis, contrapondo-se às ciências “idiográficas”, que se propõem à descrição dos acontecimentos ou fatos particulares. (FERRATER MORA, 1984, v. 4, p. 2383)

Em sua classificação das ciências do homem, Piaget (1967) utiliza a denominação de “ciências nomotéticas” entre as ciências sociais, estendendo-a para aquelas que, segundo ele, procuram descobrir “leis”: linguística, economia, sociologia, demografia, antropologia, Psicologia. Deixa de fora a História, referida no plural, que, em vez de identificar variáveis capazes de levar ao estabelecimento de leis e de utilizar os métodos de experimentação ou de dedução, teria como preocupação central a apreensão do processo de evolução temporal em toda a sua complexidade, sendo seu objeto a reconstituição e interpretação do passado.

Até historiadores, como Ciro F. Cardoso e Héctor Brignoli, subscrevem esta abordagem, presente também no artigo de Claude Lévi-Strauss intitulado “Critères scientifiques dans les disciplines sociales et humaines” (1966), em que o antropólogo, sem nenhum questionamento dos historiadores, descrevia as ciências sociais como disciplinas que ainda se encontravam em sua “pré-história”, cujo ponto de referência e modelo era constituído pelas “verdadeiras” ciências, como a matemática e a física. (CARDOSO; BRIGNOLI, 1990, p. 44)

Ernest Labrousse, por outro lado, é um exemplo daqueles historiadores que procuraram distinguir a lei na História das leis que se expressam em relações quantitativas – através de funções matemáticas – ou elaboradas numa linguagem formalizada da lógica:

Creio que há certas leis históricas, mas que estas não têm o caráter relativamente inexorável das leis físicas. O que caracteriza a lei nas ciências humanas é, precisamente, seu traço de pluralidade. A lei não é uma necessidade, é uma probabilidade ‘majoritária’ e, às vezes, a um grau bem baixo. A lei permite mais apostar do que prever. (LABROUSSE, 1969, p. 102 apud CARDOSO; BRIGNOLI, 1990, p. 43)

Uma importante reflexão sobre esta questão das relações entre ciências naturais e sociais encontra-se no manuscrito de Marc Bloch. Escrito enquanto lutava contra os nazistas e deixado incompleto ao ser morto em 1944, sua *Apologia pela História ou Ofício de historiador*, com lucidez, já registrava a atmosfera que se vivia do ponto de vista epistemológico: “A teoria cinética dos gases, a mecânica einsteiniana, a teoria dos *quanta*, alteraram profundamente a ideia que ainda ontem toda a gente formava da ciência”. (BLOCH, 2001, p. 49, grifo do autor) E, queixando-se de suas debilidades de inteligência ou de educação para acompanhar essa grande metamorfose, afirmava:

Aceitamos muito mais facilmente fazer da certeza e do universalismo uma questão de grau. Não sentimos já a obrigação de procurar impor a todos os objetos do saber *um modelo intelectual uniforme*, haurido nas ciências da natureza física; pois que até nesse domínio tal modelo deixou de ser inteiramente aplicado. (BLOCH, 2001, p. 83, grifo nosso)

Para ressaltar a atualidade dessa formulação, tomemos Rorty (1997, p. 134, grifo nosso), um autor muito em voga no final dos anos 1990:

Na filosofia da ciência pré-kuhniana, investigação racional era uma questão de *colocar todas as coisas em um contexto único*, familiar, amplamente acessível – traduzir todas as coisas no vocabulário propiciado por um conjunto de sentenças às quais todo e qualquer investigador racional concordaria em atribuir o fato de serem candidatas a valor de verdade.

Neste período, tentava-se inserir nesse modelo epistemológico normativo as ciências humanas, reconhecendo apenas as artes fora dessa requisição de “racionalidade”. É então que o autor, pós-kuhniano esclarecido, como se autodenomina, afirma-se livre dessas ideias, embora ainda não do que chama de “realismo”, pois, no seu relativismo absoluto, ele nega “a ideia de que a investigação é uma questão de descobrir a natureza de algo que repousa fora da trama de crenças e desejos”. (RORTY, 1997, p. 134)

Uma visão pós-kuhniana, e não necessariamente rortyana, permite retomar o que disse Marc Bloch, há mais de meio século (1949), sobre as ciências humanas diante do momento de “grande metamorfose”, que ele soube tão bem identificar: “Ainda não sabemos bem o que virão um dia a ser as ciências do homem. Sabemos que para existirem – continuando, é claro, a obedecer às regras fundamentais da razão – não terão de renunciar à sua originalidade, nem se envergonhar dela. (BLOCH, 1997, 2001)

Com o apoio destas considerações, podemos relativizar o critério da adoção dos modelos proporcionados pelas ciências exatas ou naturais, embora por uma necessidade de seu próprio desenvolvimento, como veremos adiante, a História tenha assimilado métodos estatísticos e probabilísticos<sup>3</sup> e, assim, examinar os outros elementos que Piaget enumerou como constitutivos das ciências humanas nomotéticas para excluir destas a ciência histórica, considerando-a apenas idiográfica (descritiva). A nosso ver, a História responde a esses critérios, ponto por ponto:

- 1) apreensão da dimensão genética: este aspecto chega a parecer redundante, mas não é; na verdade, evidencia a força e importância do conhecimento histórico como conhecimento da “gênese” dos fenômenos;

---

3 Ver, por exemplo, Floud (1973) e Cardoso e Brignoli (1990).

- 2) utilização de estudos comparativos: já vem sendo feita pela História desde os estudos pioneiros de Henri Pirenne (CARDOSO; BRIGNOLI, 1990, p. 43), mestre de Marc Bloch e Lucien Febvre. Estes últimos responsáveis por uma importante parcela do que existe de mais inovador no campo da historiografia, o movimento dos *Annales*, iniciado ainda na década de 1920 (BURKE, 1997, p. 11) e, mais recentemente, de modo sistemático, continuado pelos sucessores daquela primeira geração;
- 3) tendência a uma maior delimitação dos problemas: sem perder a capacidade do procedimento sintético, a disciplina vem identificando diferentes níveis de estudo, num procedimento de distinção – e não separação – que tem possibilitado o avassalador desenvolvimento dos seus diferentes ramos, incorporando os métodos e técnicas das outras ciências (economia, sociologia, demografia etc.).

Enfim, quando os historiadores abriram a História para dialogar com as outras ciências humanas, deram um grande impulso na sua própria disciplina, que se ampliou com novos objetos e novos problemas, através não de achados, mas de uma abordagem inovadora, sobretudo metodológica.

## HISTÓRIA: OBJETO E TEMPOS HISTÓRICOS

Como toda disciplina científica, a História é definida em função de seu objeto. Uma das suas definições enciclopédicas a conceitua como “conhecimento do passado da humanidade” ou “disciplina que estuda esse passado e procura reconstituí-lo”. (GRANDE..., 1988, p. 3061) Para ir além dessa generalidade, escolhemos uma definição dada por Bloch (2001, p. 55, grifo do autor): “a História como a ciência que analisa as sociedades humanas *no tempo*”.

A História como ciência já discutimos, inclusive como uma das ciências humanas, mas cabe aqui detalhar esse ponto: a História como conhecimento dos *homens*. Febvre (1993, p. 178), citando seu trabalho *A Terra e a evolução humana*, diz: “não o homem, repito, nunca o homem. As sociedades humanas”. O pano de fundo em ambos, além da tradição historiográfica francesa de Michelet e Fustel de Coulanges, é a obra marxiana,<sup>4</sup> em uma das mais fecundas teses sobre a história. Segundo ela “os homens fazem sua própria história, mas não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”. (MARX, 1978, p. 329)

---

4 Utiliza-se o adjetivo “marxiana” para as obras do próprio Marx e “marxista” para os estudos baseados nas obras de Marx.

Bloch, ao ilustrar a importância dessa presença, a do homem em sociedade, buscou também justificar a ampliação das fontes históricas, uma das contribuições dos *Annales*:

Por detrás dos traços sensíveis da paisagem, dos utensílios ou das máquinas, por detrás dos documentos escritos aparentemente mais glaciais e das instituições aparentemente mais distanciadas dos que as elaboraram, são exatamente os homens que a história pretende apreender. (BLOCH, 1997, p. 88)

E nós poderíamos acrescentar: por detrás de um manicômio, por detrás de um prontuário, de um diagnóstico, há alguém que diagnostica e, principalmente, há alguém que é diagnosticado. Há, portanto, homens e mulheres, ou melhor, a sociedade humana.

Mas o historiador não privilegia apenas o humano. A atmosfera em que seu pensamento respira é a categoria da duração, do tempo. O tempo histórico não é só uma medida, mas “uma realidade concreta e viva, volvida à irreversibilidade de seu impulso [...] é o próprio plasma em que banham os fenômenos e como que o lugar da sua inteligibilidade”. (BLOCH, 1997, p. 89)

Sobre essa categoria essencial para o saber histórico, outra contribuição relevante é a de Prigogine (1996), com sua noção de flecha ou vetor do tempo, onde ele refuta Einstein e toda uma tradição da física, que sustentava o tempo como ilusão. Há um artigo de Sevalho (1997), no qual o autor, ao considerar o tempo como um tema relevante, sempre citado, mas pouco pensado pelos epidemiologistas, faz uma reflexão sobre o “tempo epidemiológico”. Articula-o com o tempo físico e o tempo histórico, recorrendo ao pensamento de Prigogine, mais voltado para processos físicos, e ao de Braudel, com sua concepção de tempos históricos.<sup>5</sup>

Essa distinção de tempos históricos é uma contribuição da segunda fase do movimento dos *Annales*. A partir dos estudos de Fernand Braudel, distinguem-se três níveis que devem ser levados em conta num estudo histórico: o nível dos acontecimentos, da história episódica, que se move na curta duração; o nível intermediário da história conjuntural, de ritmos mais lentos embora muito variáveis; e, por fim, o nível profundo da história estrutural de maior duração. (CARDOSO; BRIGNOLI, 1990, p. 27) Braudel, ao ser questionado de não realizar uma história-problema – um dos princípios dos *Annales* – no seu livro *O Mediterrâneo e Felipe II*, respondeu: “A região não é o alicerce da pesquisa”. E acrescentou: “Meu grande

---

5 Assim como a História soube incorporar de modo criativo as técnicas da estatística e da demografia, tão caras à Epidemiologia, esta última só tem a ganhar com a contribuição da Nova História sobre o tempo, mas também sobre o espaço e os homens, elementos presentes em praticamente qualquer estudo epidemiológico, com ou sem números.

problema, o único problema a resolver, é demonstrar que o tempo avança com diferentes velocidades”. (BRAUDEL, 1977 apud BURKE, 1997, p. 52)

Essa foi sua grande contribuição ao distinguir o tempo histórico em tempo geográfico, tempo social e tempo individual. Braudel priorizava a longa duração, em relação à história dos eventos, que reconhecia como a mais superficial. Entretanto, como competente historiador, ele considerava a história da curta duração como “rica em interesse humano” (BRAUDEL, 1992, p. 23), daí o cuidado que se deve ter com a história dos acontecimentos, como ele ilustra com essa analogia presente em seus *Escritos sobre a história*:

Guardei a lembrança, uma noite, perto da Bahia, de ter sido envolvido por um fogo de artifício de pirilampos fosforescentes; suas luzes pálidas reluziam, se extinguíam, brilhavam de novo, sem romper a noite com verdadeiras claridades. Assim são os acontecimentos: para além de seu clarão, a obscuridade permanece vitoriosa. (BRAUDEL, 1992, p. 23)

Pierre Vilar (1995, p. 169), um historiador marxista vinculado ao movimento dos *Annales*, argumenta, a partir de Braudel, que o espaço é tão relevante quanto o tempo e a dimensão social: uma “aldeia”, uma “cidade” ou uma “usina” (ou uma instituição qualquer como, por exemplo, *um manicômio*), não são fundadas “de qualquer maneira”.

Um exemplo do efeito do tempo para compreender um fato histórico pode ser observado no Massacre de Civitella Val Chiana. O historiador italiano Alessandro Portelli (1996, p. 103) narra o evento: “Em 29 de junho, as tropas de ocupação alemãs executaram 115 civis, todos homens, em Civitella Val di Chiana, uma cidadezinha montanhosa nas proximidades de Arezzo, na Toscana”. E tudo indicava, segundo Portelli (1996, p. 103), “que esses atos foram uma retaliação pelo assassinato de três soldados alemães por membros da Resistência, em Civitella, em 18 de junho”. Esse massacre ocorrido durante a Segunda Guerra Mundial não foi um caso isolado e Portelli (1996) aponta para outros massacres similares que aconteceram em resposta a atos de resistência contra os nazistas, em La Cornia e San Pancrazio.

O que separa Civitella desses é o “escândalo” da comunidade ter passado a culpar a resistência e não os alemães pelo ocorrido. Isso ocorreu, segundo Portelli, resumidamente, porque a população da cidade era culturalmente conservadora. Convivendo com os comunistas, que viam o episódio como uma lembrança da coragem da resistência, a maior parte da comunidade lamentava a tragédia e discordava dos objetivos dos comunistas. Isso levou à criação de uma narrativa que culpava os comunistas pelo massacre. Essa leitura de responsabilização dos comunistas inexistia na época do ocorrido, segundo fontes da época, o que demonstra

o efeito que o tempo teve sobre a memória das pessoas naquela comunidade. Esse episódio fortalece uma visão bourdieusina sobre a História e a pesquisa científica, segundo a qual ir à gênese, ir à origem é fundamental para compreender um fato histórico, um processo histórico ou o Estado. (BOURDIEU, 1996, p. 98) Essa visão se mostrou muito útil em nossa pesquisa empírica. (JACOBINA, A., 2016)

Estudar a maneira como o cuidado asilar foi instituído na segunda metade do século XIX na Bahia e como permaneceu até meados do XX, foi uma das tarefas da nossa pesquisa histórica sobre a prática psiquiátrica na Bahia. Tomando como objeto o Hospital Juliano Moreira, de 1874 a 1947, identificamos seus agentes e os objetos/sujeitos da prática psiquiátrica. (JACOBINA, R., 2001) Desse modo o estudo articulou tempo, espaço e homens. Homens e mulheres, assim no plural, nunca esqueçamos, pois, como diz Heller (2000, p. 2), são os portadores da objetividade social, a quem cabe a construção e transmissão de toda formação social.

Retornando a Bloch, no seu ensaio sobre o “ofício de historiador”, ele chama atenção para o caráter aparentemente paradoxal do tempo histórico: “Ora, esse tempo verdadeiro é, por natureza, *contínuo*. É também perpétua *mudança*. Da antítese destes dois atributos procedem os grandes problemas da investigação histórica”. (BLOCH, 1997, p. 90, grifo nosso) Ao usar a expressão “no tempo”, esse grande medievalista defende um movimento em duas vias, compreender o passado pelo presente e o presente pelo passado, uma vez que é tal a força da solidariedade das épocas que os laços de inteligibilidade entre elas se fazem nos dois sentidos.

Uma ciência dos homens no tempo, como foi definida anteriormente, tem de vincular incessantemente o estudo dos mortos ao dos vivos. Le Goff (1996b, p. 26) enfatiza essa interação entre passado e presente, baseando-se na reflexão de Lucien Febvre (1989), que considerou essa interação como a função social da história. Pela lucidez e síntese, citemos agora nos próprios termos do autor, conforme foi prometido no início deste trabalho:

A história, que é um meio de organizar o passado para impedir de sobrecarregar os ombros dos homens. [...] Porque, quer queira quer não – é em função das suas necessidades presentes que ela recolhe sistematicamente, e em seguida classifica e agrupa os fatos passados. *É em função da vida que ela interroga a morte.* [...] Organizar o passado em função do presente: é aquilo a que poderíamos chamar a função social da história. (FEBVRE, 1989, p. 257-258, grifo nosso)

Vimos acima que se pode fazer uma ponte entre o objeto e o objetivo, entre a definição e a finalidade na História, pois escrever a História não é um ato dilatante, nem pitoresco, mas um trabalho que possibilita aos homens, através do conhecimento do seu passado, compreender as razões que explicam sua situação

presente e identificar de modo racional as perspectivas, das quais, sob as circunstâncias dadas, possam partir as escolhas e decisões na construção do futuro.<sup>6</sup> E isto é válido até para os sistemas físicos, pois Prigogine (1996, p. 111), ironizando o determinismo laplaciano, afirma: “O futuro não é mais dado. Torna-se, como havia escrito o poeta Paul Valéry, uma ‘construção’”.

## OS TEMPOS HISTÓRICOS E AS PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS

Para ilustrar os diferentes tempos históricos, extrairemos os exemplos do estudo da prática psiquiátrica já referidos. (JACOBINA, R., 2001) Retraçamos, ainda que de modo breve e panorâmico, a história da Psiquiatria nas sociedades ocidentais, europeias e norte-americanas. Um recurso necessário, inclusive, para que fosse possível comparar as similitudes e diferenças e, desse modo, dar conta da “cor local”, ou seja, daquilo que em nossa prática psiquiátrica, brasileira e, em especial, baiana, merece atenção pela sua especificidade.

Nessa análise de longa duração, que vai desde o final do século XVIII até o final do século XX, feita em estudo anterior (JACOBINA, R., 2000a), utilizou-se a noção de “movimento psiquiátrico”. Essa é entendida não apenas como um movimento ideológico, como foi utilizado por Arouca (1975) no seu estudo já clássico sobre a medicina preventiva, mas também como uma estratégia que envolve um sistema de ideias, valores, crenças e de práticas, técnicas e, concomitantemente, político-sociais.

Nessa leitura em grande plano da história da Psiquiatria nas sociedades ocidentais, apresenta-se a tese da Psiquiatria como uma prática permanentemente em crise, sendo o manicômio o principal pomo de discórdia, centro dessas rupturas e reformas. A noção de movimento de reforma mostrou-se não só adequada para um estudo em grandes planos, num nível maior de abstração, como possibilitou também o uso da categoria gramsciana de hegemonia (GRAMSCI, 2000, p. 48), conceito versátil para dar conta de relações de domínio e direção, sem reduzir nem à coerção (força física, inclusive) nem à ideia mecânica de manipulação. Desse modo, são analisados os movimentos de reforma da Psiquiatria e saúde mental, hegemônicos e contra-hegemônicos, nas sociedades ocidentais, europeias e norte-americanas.

---

6 Sustenta-se aqui, claramente, uma tese contrária a de uma vertente pós-moderna que quer abolir a mudança, quando, de modo explícito ou implícito, proclama “o fim da história”. Ver em Anderson (1999) um levantamento das diferentes formas dessa ideia, de Hegel a Fukuyama. Desde o momento em que se proclamou sua morte, Clio – a musa da história – riu e de lá para cá, já registrou novos fatos da *história* e novos capítulos da *História*.

Sobre a história da Psiquiatria no Brasil, desde a luta para tê-lo e depois a construção do primeiro hospício no Brasil imperial, em meados do século XIX até o início dos anos 1950, constatou-se que não há um movimento psiquiátrico autóctone no país. Neste estudo (JACOBINA, R., 2001), analisou-se como se deu a incorporação dos saberes e práticas das reformas psiquiátricas produzidos nos grandes centros de difusão. Em relação ao tempo histórico, foi um estudo ainda panorâmico, mas já introduzindo, além da história conjuntural, registros episódicos de acontecimentos, sobretudo relacionados à instituição manicomial, para servir de referência ao processo de implantação e desenvolvimento da Psiquiatria asilar na Bahia.

Nas pesquisas sobre a Psiquiatria na Bahia, o estudo torna-se mais concreto, priorizando as conjunturas e a microanálise dos acontecimentos. É analisado quase um século da prática psiquiátrica local, tomando como marco inicial o envio de alienados internados num hospital geral da Santa Casa da Misericórdia (do Rio ou da Bahia?) para o único hospício do país, em 1853, na corte. O estudo vai até um momento de grave crise e de mudanças no manicômio (Asilo São João de Deus), que resultou na vinda de uma equipe do Distrito Federal, em 1947, num contexto de redemocratização do país e do estado.

Apesar de abranger quase 100 anos, o tempo histórico privilegiado foi o das conjunturas e nelas foram destacados alguns acontecimentos da curta duração. No último quartil do século passado, os historiadores, sobretudo italianos, desenvolveram muito a “micro-história”. (GINZBURG, 1989; LEVI, 1992; REVEL, 1998) Esses pesquisadores questionavam as noções globalizantes da historiografia tradicional. Diminuir a escala significou, ao se aproximar dos objetos, a possibilidade de perceber dimensões inesperadas e de perceber mecanismos que a macro-história deixava de captar e explicar. Difere da História local, pois esta estuda uma situação que é microlocalizada por ela mesma. Por outro lado, é bom ressaltar: se a micro-história faz as descobertas, a macro atribui significados ao localizá-las num contexto. Esse movimento nas escalas (do micro para o macro e vice-versa) é que a torna muito interessante do ponto de vista metodológico.

Uma noção fundamental para essa análise em escala menor foi a de “vida cotidiana”. Com base na tese de Heller (2000, p. 20), segundo a qual a vida cotidiana não está fora do acontecer histórico, mas no seu centro, entendemos que retrair a vida cotidiana institucional, em paralelo, com a vida de qualquer ser humano, não será a impossível tarefa de descrever todos os aspectos de sua particularidade. Outro elemento ressaltado pela autora é o de cada pessoa, e nós diremos cada instituição também, ser simultaneamente particular e genérica. (HELLER, 2000) Grandes autores na literatura, por exemplo, são capazes de abordar o mundo a partir da aldeia ou província. E, na filosofia, a partir de si mesmo, enquanto ser particular e humano-genérico.

Estudar a vida cotidiana de um manicômio significará a identificação dos fatos que transcendem essa cotidianidade, tanto os momentos em que seus agentes, os sujeitos das ações, superam a particularidade e se elevam ao patamar humano-genérico, quanto os momentos de catástrofes, catástrofes da vida cotidiana. (HELLER, 2000, p. 36) Ao contrário daqueles acontecimentos comparados por Braudel (1992) aos vaga-lumes na escuridão, os fatos socialmente relevantes funcionam mais como farol e eles partem da vida cotidiana e a ela retornam. A narrativa histórica, a história apresentada nas obras de História, tem esse efeito aparente de tornar esses episódios em grandes ações não cotidianas. Ao transcender, não significa que o fato relevante ocorreu fora da cotidianidade. Pelo contrário, reiteramos: ele parte dela e a ela retorna. É esse movimento que explica por que o tempo histórico é continuidade e mudança.

É hora de retornarmos à questão metodológica e discutirmos as fontes de dados, tomando como exemplo aqueles que nos possibilitaram estudar a vida cotidiana de uma instituição no passado. Como veremos, há, na época menos remota, a presença de testemunhas oculares, mas a maior parte da observação está presente nos documentos, em diferentes tipos de testemunho.

## DOCUMENTOS DE TESTEMUNHOS VOLUNTÁRIOS E INVOLUNTÁRIOS

A observação científica pode ser direta ou indireta. Uma tese consagrada é aquela que afirma ser o conhecimento histórico baseado apenas na observação indireta dos fatos, através dos testemunhos conservados, especialmente os documentos escritos. Essa crença, como vimos, serviu de justificativa para uma obsessiva concentração do historiador no paradigma tradicional (positivista) com as “fontes”, que, mais do que uma condição necessária, tornara-se a própria pesquisa histórica.

A História concebida apenas como estudo do passado, das épocas que nos precederam, só é possível pelas observações indiretas, que, segundo uma visão corrente, não teriam as qualidades da observação direta. Ora, concebendo a História como a ciência que estuda os homens *no tempo*, o historiador pode observar processos de longa duração que ainda estão em curso, bem como, numa análise de conjuntura, pode estudar fenômenos do momento atual, ainda presentes e oriundos de um passado recente.

Em seu livro de metodologia, Bloch (1997, 2001) já chamava a atenção de que, por um lado, as próprias ciências naturais incluem, nas suas investigações, elementos nos quais a observação direta não é possível. Por outro lado, mesmo nas outras ciências humanas, a observação direta tem de ser relativizada: o economista usando estatísticas, o sociólogo e o antropólogo entrevistando pessoas são exemplos de observações mediadas. E vai além, quando ilustra sua afirmação

de que a posição do investigador do presente não é muito melhor que aquela de quem estuda o passado: “no tecido imenso de eventos, de gestos e de palavras de que se compõe o destino de um grupo humano, o indivíduo somente se apercebe de um cantinho estreitamente limitado pelos seus sentidos e pela sua faculdade de atenção”. (BLOCH, 1997, p. 104)

Mesmo o historiador chegando depois da experiência terminada, não é incomum as circunstâncias estarem a seu favor, com a experiência tendo deixado “vestígios” que não lhe será impossível observar com os seus próprios olhos. “O conhecimento de todos os fatos humanos no passado, o conhecimento da maior parte deles no presente, tem de ser [segundo a expressão feliz de François Simiand] um conhecimento por vestígios”. (BLOCH, 1997, p. 107) Esse resíduo, perceptível pelos sentidos, é a marca deixada por um fenômeno impossível de captar em si mesmo. Temos aqui mais uma contribuição da “escola” dos *Annales*, a ampliação da noção de documento, rompendo com a dependência exclusiva do texto escrito da escola positivista. Era o eco da lição de 1862 do mestre Fustel de Coulanges, tão caro aos pioneiros da história nova: “Onde o homem passou, onde deixou qualquer marca da sua vida e da sua inteligência, aí está a história”. (LE GOFF, 1996a, p. 539)

Assim, o historiador ampliou suas fontes e, para além do documento escrito, passou a trabalhar com “vestígios materiais” de diversos tipos como artefatos, moedas, brasões, restos descobertos em escavações etc. Outros saberes e ciências tornaram-se parceiros ou disciplinas auxiliares da História. Em relação aos documentos escritos: a linguística, a filologia, a paleografia, a criptografia etc.; em relação aos outros vestígios: especialmente, a arqueologia, mas também a numismática, a heráldica, entre outras. Na pesquisa que estamos usando como exemplo, as fontes ficaram restritas aos documentos escritos e orais. O registro mais antigo que encontramos de um local específico de acolhimento à loucura na Bahia, no início do século XVIII, foi um documento manuscrito da Santa Casa de Misericórdia. (JACOBINA, R., 2001) Em relação aos fenômenos estudados que pertencem ao presente ou um passado recente, o historiador pode, literalmente, trazer à tona o testemunho, pois pode obter os *relatos de testemunhas*. (BLOCH, 1997, p. 108) Sobre a Psiquiatria baiana e o Hospital Juliano Moreira em particular, no período estudado, foram entrevistadas algumas pessoas, testemunhas vivas na última conjuntura analisada, de 1930 a 1947.

A inovação documental continuou se alargando com o desenvolvimento da história serial e da história quantitativa, com o uso, de início, com as séries de preços da história econômica, e depois com os registros paroquiais europeus, de nascimento, matrimônio e morte, que possibilitaram a história das massas de Labrousse, Chaunu, e seus discípulos na terceira fase do movimento dos *Annales*.

A história quantitativa modifica a noção de documento, principalmente, com a revolução tecnológica da computação. Furet ([1980?], p. 65), um dos seus mais hábeis maneiradores, afirma: “O documento e o dado já não existem por si próprios, mas em relação com a série que os precede e os segue, é o seu valor *relativo* que se torna objetivo e não a sua relação com uma inapreensível substância ‘real’”.

Com algumas fontes primárias e cálculos matemáticos, conseguimos, na pesquisa sobre o manicômio baiano, levantar o movimento de doentes do hospício/hospital de 1911 a 1950, construindo uma série histórica de permanências, entradas, saídas por altas e óbitos. Com isso, fizemos também a sequência temporal das taxas de mortalidade e alta hospitalares. Esses dados nos possibilitaram algumas conclusões, como a de demonstrar as péssimas condições de vida e relacioná-las com a alimentação, por exemplo.

## DOCUMENTOS VOLUNTÁRIOS E INVOLUNTÁRIOS

Para definir *documento*, Le Goff (1996b, p. 535) o distingue de *monumento* “tudo aquilo que pode evocar o passado, perpetuar a recordação” e ressalta o seu sentido de testemunho escolhido pelo historiador e não de prova por si mesmo.

O documento que, para escola histórica positivista do fim do século XIX e do início do século XX, será o fundamento do fato histórico, “ainda que resulte da escolha, de uma decisão do historiador, parece apresentar-se por si mesmo como prova histórica. [...] Além do mais, afirma-se essencialmente como um testemunho *escrito*. (LE GOFF 1996b, p. 536)

Outra distinção importante é entre os documentos históricos, que podem ser testemunhos voluntários, como a narrativa da guerra entre os gregos e os persas de Heródotos (1988), feita com a intenção explícita de preservar a memória dos acontecimentos, num olhar de grego, por mais isenta que tenha sido sua versão<sup>7</sup>; e os involuntários, como por exemplo, os *Guias de viagem para o Além*, nos túmulos egípcios. Outro exemplo paradigmático são os registros dos interrogatórios dos heréticos cátaros feitos pela Inquisição, que possibilitaram um importante estudo histórico, o *Montaillou* de Le Roy Ladurie (1997).

Mais adiante citaremos exemplos dos dois tipos de testemunhos em nossa própria pesquisa. Em relação aos primeiros, relatos deliberadamente destinados para os contemporâneos ou leitores futuros, eles continuam a ser preciosos ao

---

7 “Os resultados das *investigações* de Heródotos de Helicarnassos são apresentados aqui, para que a *memória dos acontecimentos não se apague entre os homens com o passar do tempo*, e para que feitos maravilhosos e admiráveis dos helenos e dos bárbaros [no caso, os persas] não deixem de ser lembrados, inclusive *as razões* pelas quais eles guerrearam”. (HERÓDOTOS, 1988, p. 19, grifo nosso) Nas suas *investigações*, ele não esqueceu as razões.

investigador, em especial para o enquadramento cronológico, mas devem merecer cuidados, pela sua intencionalidade. Sobre esses testemunhos voluntários, o historiador Marc Bloch (1997, p. 112) nos sugere uma outra forma de examiná-los: “aquilo que o texto expressamente nos diz deixou de ser hoje o objetivo preferido da nossa atenção. Atemo-nos, de ordinário, com interesse muito mais vivo, ao que o texto nos dá a entender sem ter tido a intenção de dizê-lo”.

Mas, se a investigação histórica foi levada a confiar cada vez mais no testemunho que não pretendia sê-lo, o testemunho involuntário, isto não significa que esses documentos estão isentos de erros e informações falsas. Também cabe aqui a investigação, uma história investigadora, que esteja livre dos preconceitos e possa identificar os equívocos que foram feitos sem premeditação, com o passar do tempo. É necessária, como diz Bloch, a vitória da inteligência sobre o dado, pois, apesar das dificuldades e desafios do conhecimento pelos vestígios, conseguimos em nossas pesquisas “saber muito mais a seu respeito do que aquilo que esse passado achou por bem dar-nos a conhecer”. (BLOCH, 1997, p. 113) Mas, para essa vitória, a investigação histórica tem que ter uma direção, porque “os textos, ou os documentos arqueológicos, mesmo os mais claros na aparência e os mais condescendentes, *só falam quando se sabe interrogá-los*”. (BLOCH, 1997, p. 60, grifo nosso) Saber interrogar as fontes depende da formação histórica do pesquisador, de sua base teórico-metodológica, que possibilitam um conhecimento crítico, logo, externo ao documento em estudo.

Essa ênfase na *crítica* dos testemunhos, qualquer que seja ele, monumento ou documento, voluntário ou involuntário, está presente também em Le Goff (1996a, p. 545), autor da terceira geração dos *Annales*: “O documento não é qualquer coisa que fica por conta do passado, é um produto da sociedade que o fabricou segundo as relações de forças que aí detinham o poder”.

Essa relação entre saber e poder, presente na reflexão dos historiadores, é ampliada pelo sociólogo Edgar Morin (1999, p. 15) para todas as formas do saber: “enfim, em toda a história humana, a atividade cognitiva se achou em interações ao mesmo tempo complementares e antagonistas com a ética, o mito, a religião, a política, e muitas vezes o poder controlou o saber a fim de controlar o poder do saber.

Podemos perceber isso no trabalho *A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940* de Dalila de Souza Sheppard (2001), que trata especialmente da presença do paradigma racial na explicação médica de doenças, mostrando como a ausência pode ser explicativa. A autora afirma que, apesar de existirem argumentos racistas sobre o avanço da mortalidade dos negros por doenças como a tuberculose, por exemplo, no trabalho de Belisário Penna sobre “Saneamento no Brasil”, os médicos brasileiros estariam indiferentes ao paradigma racial como forma de explicação do avanço de doenças como tuberculose e doença de

Chagas nas comunidades mais pobres. A tuberculose, a sífilis, a pneumonia, as doenças que estavam matando os negros continuavam grassando sem atenção governamental e médica. Por outro lado, aquelas doenças que atingiam ou tinham potencialidade de atingir e matar brasileiros brancos ou emigrantes europeus recebiam não só prioridade como inteira atenção. Logo, o racismo, embora nesse caso não esteja explícito no discurso, pode ser percebido pelas prioridades, e o olhar do historiador não pode se basear apenas no que dizem os agentes da história, mas especialmente em suas ações. Desde a publicação deste trabalho de Sheppard (2001), a literatura histórica sobre as teorias “racializadas” na Medicina trouxe contribuições que respondem em parte as críticas formuladas pela autora. Como exemplo, no estudo da sífilis podemos referir um estudo anterior ao dela, o de Carrara (1996).

## ETAPAS DA PESQUISA HISTÓRICA

Comentaremos a seguir alguns elementos teórico-metodológicos das etapas de análise crítica e de síntese da pesquisa histórica.

1) *Organização das fontes históricas*: Já discutimos as características da observação histórica, os tipos de documentos e a importância do conhecimento através de vestígios, escritos ou não. Uma etapa importante do trabalho em história pertence ao campo da heurística, disciplina auxiliar, onde se realiza o trabalho de parceria do historiador com o bibliotecário e o arquivista, atividade que consiste em localizar, reunir e classificar as fontes históricas.

A pesquisa sobre a Psiquiatria baiana (JACOBINA, R., 2001) enfrentaria obstáculos quase intransponíveis, se este trabalho prévio não tivesse sido feito competentemente pelos arquivistas e/ou bibliotecários da Santa Casa de Misericórdia, do Memorial de Medicina e do Arquivo Público do Estado da Bahia. Nessa primeira etapa do trabalho, conseguimos obter, a partir de fontes primárias, dados contidos em relatórios, ofícios, documentos diversos relativos ao asilo/hospital, que se completaram com informações extraídas de outras fontes, como jornais e revistas publicadas na Bahia, entrevistas com alguns dos agentes envolvidos, que possibilitaram a cronologia e periodização da prática psiquiátrica na Bahia, além de oferecer material para a análise das concepções prevalentes na prática asilar e da situação de saúde e condições de vida dos internados no asilo/hospital.

2) *Análise crítica dos testemunhos*: o primeiro nível dessa crítica é determinar a *autenticidade* e depois a *veracidade* do documento, ou de qualquer outro vestígio material. Nem todos os relatos são verídicos e os vestígios materiais podem ser também falsificados ou usados equivocadamente. Bloch (1997, p. 125-126) defende

a dúvida metódica, que era considerada uma atitude mental puramente negativa e, não apenas para a metodologia cartesiana, ela se tornou um instrumento do conhecimento.

*A verificação da autenticidade* do documento é feita pela crítica de procedência, determinando, quando necessário, o lugar de origem – origem aqui geográfica e também social –, e a data do testemunho, importante para a cronologia. Às vezes, é preciso fazer a crítica autoral, identificando a autoria de um texto anônimo ou falsamente atribuído a alguém. A mentira e o equívoco podem ser quanto ao autor, à data ou quanto ao fundo, ao contexto. Achar a impostura, o impostor e descobrir os motivos, pois uma mentira é, à sua maneira, um testemunho. (BLOCH, 1997, p. 132)

Não encontramos problemas desse tipo em nosso estudo. Mas, se não detectamos nenhum documento falso, encontramos erros e equívocos no conteúdo de alguns documentos autênticos, em especial nos documentos voluntários de dirigentes da instituição manicomial.

*A verificação da veracidade*, feita por uma crítica interna ao documento, foi mais relevante para nossa investigação. Todo documento autêntico é verdadeiro, de uma certa forma até mesmo o falso, pois é sempre um testemunho: quem falsificou? quando? por quais motivos? E, em geral, é falso também, porque o documento é sempre uma roupa. Foucault (1969, p. 13), adotando o procedimento da dúvida sistemática, em sua obra *L'archéologie du savoir* (*A arqueologia do saber*), considera “o questionar do documento” a tarefa primordial da História, pois tudo que ainda for duvidoso, deve merecer cautela. Considerando que a História, atualmente, transforma o documento em monumento, afirma: “a história, nos nossos dias, tende para a arqueologia, para a descrição *intrínseca* do monumento”. (FOUCAULT, 1969, p. 15, grifo nosso)

Um exemplo disso, dessa falsificação intencional, encontramos num documento voluntário do diretor do Hospício São João de Deus, Mário Leal, que num documento voluntário altera a história do manicômio para omitir o papel do governo de J. J. Seabra, seu adversário político.

Num estudo sobre o acadêmico de Medicina e abolicionista Sérgio Cardozo, a principal fonte de informações era, até o momento que iniciamos a pesquisa, da hemerografia. Foram tantas informações inverídicas publicadas nos jornais sobre os acontecimentos relacionados a este sujeito da história da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), que publicamos um quadro com os equívocos que estavam na memória coletiva por influência da imprensa e os conhecimentos obtidos com a pesquisa científica. (JACOBINA, R., 2008)

Outro passo importante nessa crítica “intrínseca” do documento é a *interpretação*. Aqui a hermenêutica tem o papel de apreender o conteúdo exato e o sentido

do texto. Uma hermenêutica, como propõe Ricoeur (1977), que supere a dicotomia entre o compreender e o explicar, para além do traço psicologizante da tradição romântica e do caráter restritivo da vertente estruturalista. Isto requer um conhecimento linguístico da época e do contexto cultural vigente. É nessa etapa que se dá a passagem para o código do pesquisador, sem deformar o texto, evitando sobretudo “o anacronismo: o mais imperdoável dos pecados, no entender de uma ciência do tempo”. (BLOCH, 1997, p. 181)

Aqui, foi fundamental superar a noção implícita de um sujeito racional completamente livre e consciente. As análises marxianas das ideologias e a descoberta freudiana do “inconsciente” relativizaram o conhecimento desse “sujeito transparente”, introduzindo novos cuidados analíticos. Contemporaneamente, o texto passa a ser analisado não só pelo seu conteúdo, pelo que diz, mas também pelo que silencia, pelo que não diz. Um recurso auxiliar tem sido a Psicologia do testemunho, muito usada na área jurídica. Como afirma o historiador francês Jacques Le Goff (1996a, p. 548): “No limite, não existe um documento-verdade. [...]. É preciso começar por desmontar, demolir esta montagem, desestruturar esta construção e analisar as condições de produção dos documentos-monumentos”.

A crítica das fontes perpassa todo o trabalho do historiador. A contribuição de Portelli é especialmente relevante, nesse particular, quando ataca a santidade da palavra escrita, como não tendo monopólio da credibilidade. O autor utiliza exemplos altamente convincentes, como o do relatório policial que começa da seguinte forma: “De acordo com informação verbal colhida...”. (PORTELLI, 1981, p. 10, tradução nossa) Muitos documentos oficiais são produto de processo similar, não apenas tomando como sua fonte original um testemunho oral, mas, em outros casos fruto de manipulação, distorção, em muitos casos intencionais com motivação ideológica ou de classe. Porém, como estão escritos ganhavam credibilidade apenas por ser autênticos. A verificação é de autenticidade e de veracidade do testemunho, voluntário ou involuntário.

Portelli (1981) descreve uma ilusão que é formada pelo fato de o texto ser imutável e que isso fortalece uma ideia de credibilidade da palavra escrita. Porém, a experiência, ou o que é visto, ou ouvido, está sujeito a distorções antes mesmo de estar no papel, seja pela testemunha, por quem produziu o documento, ou por quem tem autoridade sobre ele. Isso demanda do historiador uma constante crítica às suas fontes, buscando sempre compreender quem tinha poder sobre aquele documento, quais seus interesses, objetivos. A critério de exemplo, na dissertação de mestrado *Clivagens partidárias: Arena e MDB baianos em tempos de distensão (1974-1979)* (2010), André Jacobina, um dos autores deste capítulo, dedica um capítulo para análise da visão da linha editorial dos três jornais utilizados como fontes na dissertação, jornais que, embora não constituíssem as únicas fontes do

trabalho, eram fontes relevantes, mas que evidentemente expressavam as visões de mundo, interesse de classe, e objetivos, dos donos dos jornais, e aqueles que compunham a equipe editorial.

Por fim, tanto para verificar a autenticidade e a veracidade do documento quanto para a interpretação de seu conteúdo, um recurso metodológico importante é o de fazer a comparação sistemática de todos os testemunhos disponíveis para cada dado ou “fato” e o de estabelecer a genealogia, ou seja, as condições de sua produção. Com esse procedimento, já estamos na fase analítica do trabalho histórico.

3) *A análise dos dados históricos quantitativos*: às vezes não é só admissível, mas obrigatório, o pesquisador em história fazer uma apreciação quantitativa. Dizer “em geral”, “a maioria”, “uma pequena parcela” é quantificar e, se isto é necessário, é bom fazer de modo adequado. A inclusão de valores numéricos no texto a fim de apoiar certas afirmações remonta aos gregos, porém, o uso sistemático da quantificação é bem recente, começando nos anos 1930 pelos historiadores de economia, com suas séries de preços, e se ampliando para a história demográfica, a social e aos outros ramos. (CARDOSO; BRIGNOLI, 1990)

Nossa análise foi prioritariamente baseada em fontes de dados qualitativos, mas a orientação metodológica seguida nos permitiu estarmos abertos às novidades, sobretudo àquelas que só o manejo dos documentos pode proporcionar. Então, na consulta às fontes de dados primários, impôs-se a elaboração de tabelas com dados dispostos diacronicamente, que se revelaram importantes na análise, inicialmente concebida apenas no nível qualitativo de análise de discursos. Este desdobramento metodológico serviu para refletirmos sobre a dicotomia qualitativo *versus* quantitativo e concluirmos como uma falsa questão quando nos reportamos especificamente para a pesquisa do Hospital Juliano Moreira.

Com o princípio da História-problema, uma das lições dos *Annales* (FURET, [1980?], p. 84), descobriu-se que uma série qualquer de dados só tem sentido quando é construída para responder a uma pergunta muito específica. Em outras palavras, “a história sistematicamente quantificada pressupõe que as hipóteses de trabalho dos historiadores, dantes implícitas e inconfessadas, tornem-se explícitas, claramente colocadas”. (CARDOSO; BRIGNOLI, 1990, p. 30)

Em relação à análise crítica num estudo de série histórica, não é só a autenticidade e a validade das afirmações obtidas que importam, pois é também relevante demonstrar a homogeneidade e coerência interna das séries de dados, que são recolhidas e construídas pelo pesquisador, bem como sua pertinência em relação aos objetivos delineados.

4) *A cronologia e a periodização*: o historiador, inevitavelmente, vai selecionar, recortar, isto é, construir seu objeto. Um outro passo preliminar é a elaboração de uma cronologia, ou seja, a disposição de modo contínuo das informações. Alguns estudiosos, entretanto, conseguem dispor os dados que ele discute de modo coerente, mas não necessariamente de modo cronológico.

Vilar (1983, p. 98), analisando a obra histórica *marxiana*, identifica esse procedimento no qual “ele se dedica a elaborar, para longos períodos antigos, longas cronologias”. É a partir daí que se torna possível a identificação dos movimentos, das “mudanças” e, assim, realizar a demarcação dos períodos a serem analisados. Para o filósofo alemão Walter Benjamin (1940 apud BENJAMIN; OSBORNE, 1997, p. 275), “escrever história significa dar às datas sua fisionomia”.

Para realizarmos a periodização, ainda no momento da investigação, foi feito um levantamento preliminar de dados (*copiã*) que possibilitou a organização de modo linear e *cronológico* das informações relativas ao nosso objeto de estudo. Esse estudo panorâmico dos acontecimentos da história da prática psiquiátrica na Bahia e, em especial, do asilo-manicômio, elemento nuclear dessa prática, compreende desde registros do século XVIII, do Hospital da Santa Casa até a transferência do Hospital Juliano Moreira para Narandiba, na periferia de Salvador, em 1982. Depois desse levantamento inicial, tornou-se possível a elaboração da periodização, com o estabelecimento das diversas conjunturas.

5) *O método de exposição e o estilo*: a exposição não é uma simples descrição dos fatos encadeados apenas pela ordem cronológica, e sim o momento de concatenar as conexões íntimas do objeto em investigação, que não é dado, mas construído de modo crítico: “[...] o método de exposição não deveria ser determinado pelas fontes literárias dadas, mas deveria nascer e ser ditado pelas exigências críticas e culturais da atualidade, às quais se quer dar uma solução científica e orgânica”. (GRAMSCI, 1999, p. 322)

Assim como o pesquisador de laboratório oferece no seu item “material e método” uma descrição detalhada que possibilite a outros verificar os resultados do experimento, por analogia – uma vez que em história não será um produto, mas uma fonte de dado –, na exposição de seu estudo, o pesquisador só tem o direito de fazer uma afirmação sob a condição de poder ser verificada. Logo, se um historiador utilizar um documento, ele deve indicar a sua procedência, garantindo assim a maneira de como outro pesquisador possa localizá-lo. Dever que, para Bloch (1997, 2001), equivale a “submeter-se a uma regra universal de probidade”.

## FONTES E ANÁLISE DOS DADOS DESTA PESQUISA SOBRE A PRÁTICA PSQUIÁTRICA NA BAHIA

O objeto principal da investigação que tomo como referência para ilustrar os aspectos metodológicos da pesquisa histórica – o Asilo/Hospital Juliano Moreira, em Salvador (BA), com seus internos, seus agentes com seus saberes e recursos terapêuticos, no período de 1874 a 1950 – tem sido redefinido historicamente, na dependência das orientações sofridas pela prática psiquiátrica em geral, e pela prática manicomial em particular, enquanto práticas técnicas e simultaneamente sociais.

Diante disso, um cuidado metodológico permeou todo o processo de investigação, qual seja, o de estudar o hospício sem esquecer a sociedade da qual ele é fruto, onde ele sempre esteve inserido e cujas determinações o ultrapassam. O equívoco metodológico desse “esquecimento” tem sido frequentemente apontado em estudos de casos. Como exemplo deste limite em estudos sobre o asilo-manicômio, encontramos no minucioso trabalho sobre as *instituições totais* de Goffman (1974), fruto de sua matriz teórica de referência, que ao privilegiar a microanálise institucional, praticamente ignorou os determinantes estruturais (como assim? O leitor não sabe o que é isso). Esta tem sido também a crítica a alguns estudos que utilizam a micro-história, sem levar em conta as recomendações de seus criadores. (GINZBURG, 1989; LEVI, 1992)

Em relação ao nosso estudo, na primeira parte, para elaborarmos o referencial histórico da prática psiquiátrica, utilizamos fontes secundárias, construindo uma cronologia e periodização dos movimentos psiquiátricos nas sociedades ocidentais e de sua assimilação na Psiquiatria brasileira, em especial na prática asilar/manicomial.

Para os movimentos de reformas psiquiátricas (JACOBINA, R., 2000a), utilizamos nesta tese escrita em 1998-2000, tanto uma historiografia tradicional, como os trabalhos de Rosen (1974), Alexander e Selesnick (1980) e Kaplan e Sadock (1990), quanto os estudos críticos de Foucault (1999) e Castel (1991), bem como de registros dos próprios agentes da prática psiquiátrica, sobretudo dos movimentos contra-hegemônicos, como Basaglia (1991), Jervis (1991), Rotelli (1992) e Laing (1973a, 1973b), em relação à Psiquiatria brasileira, que vem merecendo recentemente maior atenção por parte dos pesquisadores voltados para a temática histórica. Por um lado, recorreremos tanto a uma historiografia descritiva, rica em dados, como os trabalhos de Isaías Paim (1976), Tácito Medeiros (1977) e Darcy Uchôa (1981), bem como estudos baseados numa historiografia contemporânea, problematizadora, como os de Machado e demais autores (1978), Costa (1981), Amarante (1995) etc.<sup>8</sup>

---

8 Como o manicômio ocupa um lugar central na Psiquiatria brasileira e baiana, sobretudo nesse período, de meados do século XIX ao início dos anos 1950, levamos em conta também alguns

Por outro lado, facilitado pelos avanços que a informatização possibilita à pesquisa bibliográfica, utilizamos, na medida do possível, os próprios trabalhos de época, analisando os textos dos próprios agentes mais relevantes da prática psiquiátrica do período estudado, desde os primeiros alienistas, como Teixeira Brandão, Juliano Moreira, os legistas voltados para a Psiquiatria Forense e as questões da assistência psiquiátrica, como Nina Rodrigues e Afrânio Peixoto, os psiquiatras higienistas, como Gustavo Riedel, Esposel, Fontenelle, Ernani Lopes, e os discípulos e seguidores de Juliano, como Ulisses Pernambucano, Adauto Botelho, Lopes Rodrigues, entre outros.

À luz desse referencial histórico apresentado na primeira parte, estudamos a prática psiquiátrica na Bahia, no período delimitado, de quase 100 anos. Para tanto, identificamos três conjunturas. São elas:

- 1) a primeira conjuntura abrange desde as formas de confinamento da loucura em prisões e nos porões do hospital da Santa Casa da Bahia, com destaque para o envio de alienados desse hospital ao único hospício do Império, em 1853, bem como o período iniciado pela inauguração, em 1874, do asilo de alienados na Província. O que unifica toda essa conjuntura é o papel hegemônico da Santa Casa de Misericórdia, responsável pelo hospital geral que internava os loucos, pelo envio deles ao Hospício Pedro II da Irmandade do Rio de Janeiro e pelo controle e direção do asilo de alienados da Bahia até 1912;
- 2) a segunda conjuntura, que vai do afastamento da Santa Casa, quando, em maio de 1912 o manicômio se tornou uma instituição estatal, sob direção médica, até a crise de 1930, que determinou uma descontinuidade administrativa no hospital, com a mudança governamental no país e no estado. Esse foi um período de expansão pavilhonar do manicômio e de crescimento da população internada;
- 3) a terceira e última é a do manicômio na conjuntura pós-1930, em que o hospital sofreu as consequências da instabilidade tanto do governo provisório quanto do hiato constitucional de 1935-1937, e mostrou-se permeável

---

trabalhos, mais específicos, que tiveram como objeto de pesquisa uma determinada instituição manicomial. Entre esses estudos, cabe destacar a história do Hospício de Juquery, de Maria Clementina P. Cunha (1986), a do Hospital de Jurujuba, em Niterói, de João Kiffer Neto (1995) e do Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador (Manicômio Judiciário), de Maria Fernanda T. Peres (1997). Cabe registrar que a história da Psiquiatria no Brasil se expandiu muito nos últimos tempos, com destaque de autores como Ana Teresa Venâncio; Cristiana Facchinetti; Allister Andrew Dias; Pedro Muñoz; Magali Engel; Flavio Coelho Edler; Monique Gonçalves; Daniele Ribeiro; Cândia Mathias; Yonissa Wadi; Viviane Borges, entre outros. Como exemplo da produção logo após a tese escrita em 2000, destaco *Os delírios da razão*, de Engel (2001) e *Arquivos da loucura*, de Portocarrero (2002).

em suas práticas ao contexto autoritário do Estado Novo. O período se estende até meados dos anos 1940, no cenário do avanço de redemocratização do país e do estado, onde uma grave crise institucional no hospício atingiu um nível político social insuportável, levando o governo eleito a realizar uma intervenção, que se concretizou com a presença de uma equipe vinda do Rio de Janeiro, então Distrito Federal, para dirigir o Hospital Juliano Moreira, em 1947.

Para a investigação de cada uma dessas conjunturas, com base no referencial teórico, utilizou-se o recurso analítico de distinção dos elementos da *prática psiquiátrica*. A apresentação dos resultados da pesquisa foi feita levando-se em conta essa distinção analítica, pois se dividiu cada capítulo, referente a cada uma das conjunturas anteriormente delimitadas, em três seções:

- 1) na primeira seção, estuda-se *o contexto político-social e institucional* das práticas, seja do relacionamento do governo provincial com a Santa Casa e o asilo de alienados, no caso da conjuntura inicial (1874-1912), seja do Estado, enquanto governo, parlamento (quando for o caso) e aparato judiciário, com o manicômio avocado (1912-1947). Sempre que possível, buscou-se identificar o papel das organizações da sociedade civil, como as entidades médicas, a imprensa ou mesmo personalidades importantes, que se relacionaram com a instituição de tal modo que ganharam um significado histórico, pois se deu ênfase aos acontecimentos ou episódios relevantes que transcenderam, portanto, à vida cotidiana do manicômio;
- 2) na segunda seção, fez-se a análise dos *agentes*, intelectuais ou não, seus *saberes e técnicas* usados na prática manicomial. Na medida do possível, levantou-se dados da *formação* desses agentes, sobretudo do profissional médico especializado, inicialmente denominado de alienista e depois de psiquiatra;
- 3) na terceira seção, o elemento destacado é o *paciente*, objeto/sujeito da prática. Analisamos a composição social dessa população manicomial, que, nos três períodos, não foi homogênea, descrevendo as principais características de cada categoria. Descreveu-se as condições de saúde e de vida desses internados no manicômio, identificando sempre que possível as doenças mentais mais frequentes, bem como as causas de mortes. Como identificamos a morte do asilado como umas das formas de violência contra o paciente, ousamos ir além do nível descritivo, buscando os elementos explicativos, os determinantes dessas tragédias – pequenas e grandes – na vida manicomial. (JACOBINA, R., 2001)

Definidos os períodos e os elementos de análise, apresenta-se agora as fontes de dados e o modo como foram utilizadas no estudo. Ao contrário do estudo panorâmico e do uso das fontes secundárias na história da Psiquiatria ocidental e no Brasil, o tempo priorizado no estudo do asilo-manicômio na Bahia foi o da curta duração, da micro-história, e o tempo conjuntural. A prioridade foi para a pesquisa das *fontes originais* com dados primários, conforme o organismo responsável pelo asilo-hospício (Santa Casa de Misericórdia ou governo estadual), além de outras instituições com vínculos com o manicômio, como a FMB, órgãos da imprensa médica ou leiga etc. As principais fontes primárias dos dados utilizadas foram:

- *Gazeta Médica da Bahia*: revista médica baiana de grande valor histórico, que foi editada de forma ininterrupta desde 1866 até 1934. O livro contendo o índice cumulativo de 1866-1976 da gazeta (SANT'ANNA; TEIXEIRA, 1984) facilitou a pesquisa bibliográfica sobre o asilo de alienados e a produção dos alienistas e psiquiatras baianos; *Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia*: algumas revistas abordaram a questão da assistência psiquiátrica, especialmente os últimos números editados nas primeiras décadas deste século; Teses inaugurais (de conclusão do curso) dos estudantes da FMB, com temas de Psiquiatria e áreas afins. A gazeta, a revista e as teses estão organizadas no Memorial de Medicina, no Terreiro de Jesus;
- Relatórios anuais dos provedores da Santa Casa de Misericórdia da Bahia e dos diretores do Asilo São João de Deus, bem como ofícios diversos do asilo, da mesa e da junta da Santa Casa, guardados nos arquivos dessa irmandade, instituição que foi responsável pela administração do asilo no seu período inicial, que foi uma das conjunturas investigada nesta pesquisa;
- Falas anuais dos presidentes da província, no Império, e mensagens anuais dos governadores, no período republicano, em volumes que incluem também os relatórios dos secretários e/ou dos diretores do hospício/hospital. Ofícios expedidos e recebidos, memorandos, processos, pareceres, relatórios de inquéritos etc. (em torno de 30 mil), do hospício avocado pelo Estado. Todo esse material se encontra organizado em volumes ou caixas no Arquivo Público de Estado da Bahia (APEB);
- Regulamentos do Hospital Juliano Moreira, códigos sanitários, portarias, ofícios diversos etc., encontrados na Biblioteca do Hospital Juliano Moreira e no APEB;
- Jornais diários da Bahia, desde o *Diário Oficial do Estado*, com dados dos três poderes, mas também a imprensa leiga, como os extintos *O Imparcial*

encontrado no Instituto Histórico e Geográfico, o *Diário de Notícias*, o *Diário da Bahia* e, o ainda presente jornal *A Tarde*.

\*\*\*

Identificadas as fontes primárias da segunda e terceira partes do estudo, cabe aqui detalhar como foi a sua utilização nos diversos períodos. Em relação ao período do asilo sob a administração da Santa Casa de Misericórdia (1874-1912), foram utilizados os estudos já produzidos, como a dissertação que iniciou esta releitura do manicômio e da Psiquiatria baiana no século XIX (JACOBINA, R., 1982) e os trabalhos subsequentes de Bastos (1985) e Sena (1996). Para as fontes primárias, destacaram-se os acervos do Memorial da Medicina Brasileira da FMB da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e, principalmente, o da Santa Casa de Misericórdia.

No Memorial de Medicina, analisamos principalmente os artigos e informes da *Gazeta Médica da Bahia*, que já tinham sido usados como o material básico da nossa dissertação, bem como algumas “teses inaugurais” dos formandos de Medicina da época, que abordavam temas de Psiquiatria. A riqueza maior de dados ficou por conta da pesquisa do Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia (ASCMB), com os documentos surpreendentemente preservados e organizados, num país e estado de péssima memória histórica, sem tradição em sua preservação.

Usamos os textos manuscritos do século XVIII e XIX, tanto os organizados em volumes numerados, quanto os avulsos, ordenados por ano. São documentos predominantemente involuntários, feitos mais para as necessidades da organização burocrática da irmandade, do que uma documentação voltada para divulgação aos contemporâneos ou como registro para o futuro. Em relação aos impressos, pesquisamos os regulamentos e, sobretudo, os relatórios anuais dos provedores. Testemunhos voluntários, elaborados de modo muito parcial, pois como disse Nina Rodrigues, em sua famosa *Memória histórica* de 1896, “ninguém é capaz de falar com inteira isenção de sua própria gestão”. (RODRIGUES, 1976, p. 14-15) Ainda assim, esses relatórios foram muito importantes para a cronologia e como fonte dos acontecimentos relevantes.

Para a investigação do hospício estatal, ainda usamos os artigos e informes da *Gazeta Médica da Bahia*, porém as fontes primárias estavam organizadas no APEB. Lá encontramos as mensagens dos governadores, que traziam trechos ou muitas vezes o relatório completo do dirigente estatal responsável pelo setor ao qual o hospício estava vinculado. Uma forma de aferir a importância da instituição manicomial era o destaque que seu relato ocupava neste setor (Secretaria de Justiça e Negócios Interiores, depois Educação e Saúde, Departamento de Saúde Pública etc.) e na mensagem governamental.

Uma fonte fundamental, sobretudo pela opção teórico-metodológica de analisar a vida cotidiana do hospital, foram os documentos ordinários, testemunhos involuntários, como ofícios expedidos e recebidos, memorandos, pareceres etc. Eles estão razoavelmente ordenados em caixas, por ordem cronológica. Essa fonte preciosa de dados permitiu um confronto com muitas daquelas informações apresentadas nos documentos voluntários das “mensagens” dos governantes e dos “relatórios anuais” dos secretários e diretores. Isto também aconteceu com os depoimentos nas entrevistas gravadas. Para esses testemunhos adotamos a dúvida sistemática proposta tanto por Bloch (1997, p. 125) quanto por Foucault (1969, p. 13), procurando, em relação aos dados fornecidos e acontecimentos narrados, mais de um registro e de fontes (e sujeitos) diferentes, como elemento de verificação, ainda assim relativo e merecendo cuidado.

Muito valioso foi também o uso do material encontrado sobre o manicômio em jornais, inclusive o *Diário Oficial* do estado, e revistas, com destaque para a *Bahia Ilustrada*, do início do século XX. Sua utilização foi particularmente útil para a análise das concepções prevalecentes na sociedade como um todo – parlamento, imprensa, opinião pública etc. –, sobre a questão da loucura e do cuidado ao louco.

Estivemos sempre conscientes que predominavam nessa *produção discursiva* aqueles sujeitos da prática que detinham o poder, mesmo entre os agentes. Era um limite e um desafio sempre presente na análise histórica, pois são os que detêm o poder (os “intelectuais” ou, para usar a linguagem encontrada nos documentos, o “pessoal superior”, sobretudo o diretor) os que mais facilmente deixam os monumentos e os documentos. Portanto, essas fontes mereceram um cuidado especial no momento da análise da produção discursiva institucional. Esse cuidado metodológico evitou um erro quase cometido. Ao encontrar uma pasta com um inquérito (o de 1925, no Hospital Juliano Moreira), de início fixamo-nos no relatório impresso pela comissão de sindicância, desprezando os “autos de pergunta”, em manuscrito. Mas, ao seguir a orientação metodológica, com muito esforço na leitura desse material, encontramos a voz de um sujeito quase tão silenciado quanto o paciente, o discurso do trabalhador manual ou “pessoal inferior”, como era denominado.

Ainda em relação aos discursos dos agentes da prática, inspirando-nos no estudo de Peres (1997), buscou-se identificar dois tipos de condutas:

- 1) as condutas terapêuticas: aquelas voltadas para as finalidades clínicas de tratamento e alívio do sofrimento do paciente, onde havia uma escuta sincera do paciente, uma busca de compreensão da necessidade psicopatológica do internado e um compromisso com sua recuperação e reabilitação;

- 2) as condutas de exclusão: aquelas adotadas em consequência de comportamentos dos pacientes considerados “desviantes”; as de caráter punitivo, de recriminação, ignorando as demandas dos internados e voltadas para as finalidades mediatas e não manifestas (de exclusão social).

Em relação aos discursos dos dirigentes, foi observado ainda sua relação com os dirigidos, sejam os pacientes, sejam também os agentes em relação subalterna.

Aprendemos com Foucault (1969, 1997) que o discurso produzido institucionalmente não é neutro nem transparente, sendo inclusive um dos espaços onde o poder se exerce. A análise visará identificar “o discurso interno da instituição – o que ela profere para si mesma e circula entre os que a fazem funcionar”. (FOUCAULT, 1997, p. 30)

Esses relatórios, boletins oficiais da instituição e artigos de seus dirigentes, em geral intelectuais de prestígio desse saber-poder psiquiátrico, além dos depoimentos em entrevistas autorizadas, representam *testemunhos voluntários*, que serviram inicialmente para a cronologia e periodização que elaboramos em trechos anteriores. Mas, se soubermos interrogá-los, como nos sugere Bloch (1997, p. 113), esses textos podem nos dizer algo sem que seus autores tivessem a intenção de dizê-lo. Sobre o que o passado nos legou, é preciso ter presente o que ele silenciou, como nos aconselha Foucault (1997, p. 30): “Não existe um só, mas muitos silêncios e são parte integrante das estratégias que apoiam e atravessam os discursos”.

Apesar do documento ser expressão das relações de poder (FOUCAULT, 1997; LE GOFF, 1996a), o discurso não é monolítico. Portanto, nos testemunhos involuntários<sup>9</sup> e mesmo nos voluntários, buscamos as fissuras, contradições, muito daquilo que escapou aos mecanismos de exclusão discursiva e de interditos. O maior ou menor êxito nesta busca e a capacidade de interrogar os dados são verificados no estudo empírico, sobretudo, na segunda e terceira partes, que espero que os leitores deste texto possam conhecê-las. Alguns já estão disponíveis em formato de artigo na *Revista de Saúde Pública da Bahia*.

O discurso dos pacientes foi ouvido de um modo muito indireto. Pois, como é um estudo do passado e numa relação de poder muito assimétrica, o dominado geralmente tem muita dificuldade de deixar os seus registros, como destacaram Cunha (1986) e Peres (1997) nas suas pesquisas com *instituições totais* manicomiais. Assim, mesmo fragmentado e submetido à triagem e seleção pelos dirigentes e seus agentes, buscou-se escutar o discurso do internado citado nos relatórios,

---

9 Testemunhos voluntários os que tem a intenção explícita de preservar a memória dos acontecimentos, em geral, são relatos deliberadamente destinados para os contemporâneos ou leitores futuros; e os involuntários, rotineiros, sem intenção de ficar arquivado como registro histórico.

nos exames de sanidade mental, pois em todo este período estudado praticamente inexistem os prontuários, que foram organizados e preservados a partir de Oswaldo Camargo em 1947, marco final do estudo. Às vezes, encontramos registros do próprio punho dos internos ou de familiares que deixaram com os agentes e, eventualmente, foram anexados aos documentos do hospital, na maioria das vezes como prova do estado mórbido e da necessidade de internação psiquiátrica. (CUNHA, 1986, p. 118)

Assim como na dissertação (JACOBINA, R., 1982), na tese também procuramos ouvir a fala dos internados, mesmo que esta escuta fosse feita no silêncio dos óbitos, de onde ecoou, muitas vezes, o grito contra a violência institucional. Usamos o dado estatístico como suporte a muitas das teses detectadas na análise discursiva.

Finalmente, com respeito ao modo como foram apresentados os discursos, a opção foi conservá-los da forma mais fiel possível. E esse procedimento foi feito levando-se em conta a recomendação metodológica de Gramsci (1999, p. 355), já referida, segundo a qual a exposição não deve ficar ao sabor das fontes, mas ser determinada pela questão cientificamente formulada.

Desse modo, ainda que conservando as concepções literais dos agentes da prática manicomial, buscou-se reinterpretá-las à luz das discussões teórico-metodológicas.

O escritor Jorge Amado (2012, p. 35) distinguiu a história “que se escreve com H maiúsculo e em geral se ocupa apenas das personalidades oficialmente consentidas e consagradas” e a “outra história, mais verdadeira, feita à margem da aprovação das classes dominantes”. Não nos cabe “dar voz a quem não tem voz”, pois os dominados e excluídos têm voz. Cabe a quem tem compromisso com a segunda história, referida por Jorge Amado como “mais verdadeira”, ouvir essas vozes de sujeitos que falam e que os historiadores, por muito tempo, não se dispuseram a ouvi-las.

## **CONHECIMENTO DO PASSADO: UM PROCESSO ININTERRUPTO**

Até agora, foram citados inúmeros exemplos de uma nova forma de produzir conhecimento histórico, em especial os dos autores do movimento da Nova História (dos *Annales*). Agora, é o momento de voltar a focar um pesquisador que dialogou com a História, entre outros vários campos, realizando, entretanto, uma obra muito pessoal: o filósofo Michel Foucault. Ele tinha muita clareza de que suas pesquisas apontavam para um rompimento com a tradição e construção de uma nova maneira de produzir conhecimentos:

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir. (FOUCAULT, 1998, p. 13)

Esta atividade, que para o autor seria a de filosofar, pode ser estendida a todo trabalho crítico. E em que consiste tal prática? O autor reafirma, perguntando: “Se não consistir em tentar saber de que maneira e até onde seria possível *pensar diferentemente em vez de legitimar o que já se sabe?*”. (FOUCAULT, 1998, p. 13, grifo nosso)

Esse estilo foucaultiano faz lembrar um comentário de Bloch (1997) defendendo o estilo contra a crítica de excessiva importância à forma, feita pelos especialistas do método, os metodólogos: “Evitemos retirar à nossa ciência o seu quinhão de poesia, [...]. Seria espantosa tolice julgar que, pelo fato de exercer sobre a sensibilidade um apelo tão poderoso, a história fosse menos capaz de satisfazer também a nossa inteligência”. (BLOCH, 2001, p. 44)

Uma história capaz de satisfazer a nossa inteligência, e com estilo, pode ser exemplificada, em nossa área temática, novamente recorrendo à história da loucura de Foucault (1999) que, entre outras contribuições, sem escrever uma história da Psiquiatria, estabeleceu, entretanto, um contraponto a toda uma historiografia tradicional, presente nos manuais de Psiquiatria, como no capítulo histórico do compêndio de Kaplan e Sadock (1990), ou mesmo em estudos especializados, como o de Alexander e Selesnick (1980).

Ambos os estudos fazem uma análise histórica linear e progressiva, sendo que o abrangente estudo de Franz Alexander e Sheldon Selesnick, historiadores da Psiquiatria, comete o anacronismo, *o mais imperdoável pecado* do pesquisador em História, ao sustentar a seguinte tese: “A história da psiquiatria começou quando um homem tentou aliviar o sofrimento de outro homem, influenciando-o”. (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 41) Essa é a história do cuidado à loucura, não a da Psiquiatria, que se constituiu como saber médico especializado no final do século XVIII, nas sociedades ocidentais. Ao estudar a história da loucura, de sua exclusão e identificar o momento em que a desrazão recebeu o estatuto de doença mental, objeto de uma prática médica especializada, Foucault (1999) rompeu com essa tradição historiográfica cumulativa e esta nova forma de ver a história da Psiquiatria realizada pelo filósofo serve aqui para ilustrar a tese de que, se o passado é por definição algo que não se pode modificar, o *conhecimento do passado* pode ser modificado. A história da loucura e, conseqüentemente, da Psiquiatria, não tem sido mais a mesma depois desta obra, pois a descoberta foucaultiana fez

um corte e modificou o conhecimento sobre o cuidado à loucura pelo menos nas sociedades ocidentais.

Assim, por conceber o conhecimento como um processo que, de modo ininterrupto, transforma-se e se aperfeiçoa, e por acreditar que a *história* do Hospital Juliano Moreira e, através dela, de parte significativa da história da Psiquiatria baiana são assuntos para a História, a pesquisa da prática psiquiátrica, usada aqui como exemplo, pretendeu aperfeiçoar os conhecimentos históricos de ambos, a Psiquiatria baiana e o asilo-manicômio que foi o dispositivo institucional de suas práticas no período estudado, sem necessariamente legitimar o já sabido. Para essa tarefa, usamos muitos dos princípios e diretrizes metodológicos e de instrumentos que foram apresentados aqui neste trabalho.

## PESQUISA HISTÓRICA NA SAÚDE NO MOMENTO ATUAL

O campo da saúde mental foi usado aqui como principal exemplo. Perguntas atuais (como “por que o coronavírus mata mais as pessoas negras e pobres no Brasil e no mundo?” e “por que para certos segmentos a assistência não foi negligenciada?”) são fundamentais para esse momento e são centrais para a pesquisa que observa a interseção entre saúde e ciências sociais.

Os dados só fizeram confirmar que a doença causada pelo coronavírus no Brasil mata mais as pessoas negras e pobres.<sup>10</sup> Com a evolução da pandemia no país, morreram pobres na linha de frente do tratamento à covid-19, trabalhadores de serviços essenciais e informais, trabalhadores que não puderam deixar de trabalhar, além de pessoas pobres idosas e com comorbidades, com acesso desigual ao sistema de saúde. Essa questão, que está na clara interseção entre as ciências sociais e as ciências da saúde, é um exemplo de como perguntas atuais precisam articular saberes de diferentes áreas para buscar respostas, ao mesmo passo que sinaliza para importância de compreender que são perguntas do presente, que iluminam muitas das pesquisas que fazemos sobre o passado. Compreender o legado que produz uma realidade de acesso desigual do sistema de saúde, e desigualdade de riqueza em geral, não é algo que pode ser respondido apenas pela análise do presente. Para esse fim, e fins similares, a História enquanto ciência, é uma ferramenta fundamental.

---

10 Para saber mais, ver: <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2020/11/20/pandemia-tem-cor-renda-e-genero/> e <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pandemia-da-covid-19-refletindo-as-vulnerabilidades-a-luz-do-genero-raca-e-classe/17581?id=17581>.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, Franz; SELESNICK, Sheldon. *História da psiquiatria*. 2. ed. São Paulo: Ibrasa, 1980.
- AMADO, Jorge. *Bahia de Todos-os-Santos: guia de ruas e mistérios de Salvador*. São Paulo: Companhia de Letras, 2012.
- AMARANTE, Paulo D. de C. (org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1995.
- ANDERSON, Perry. *O fim da história: de Hegel a Fukuyama*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1975. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1975.
- BACHELARD, Gaston. O novo espírito científico. In: BACHELARD, Gaston. *Bachelard*. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p. 89-179. (Os Pensadores).
- BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (org). *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. p. 99-133.
- BASTOS, Sérgio B. *O Asilo de Alienados S. João de Deus: 1874-1912*. 1985. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1985.
- BECKER, Harold. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- BENJAMIN, Andrew; OSBORNE, Peter (org.). *A filosofia de Walter Benjamin: destruição e experiência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- BLOCH, Marc. *Apologia da história, ou, o ofício de historiador*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BLOCH, Marc. *Introdução à história*. Mem Martins, PT: Publicações Europa-América, 1997.
- BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996.
- BRAUDEL, Fernand. *Escritos sobre a história*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- BULFINCH, Thomas. *A idade da fábula: o livro de ouro da mitologia*. 9. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.
- BURKE, Peter. *A Escola dos Annales (1929-1989): a Revolução Francesa da historiografia*. São Paulo: Ed. UNESP, 1997.
- CANGUILHEM, Georges. A Medical Revolution. In: DELAPORTE, François (ed.). *A Vital Rationalist*. New York: Zone Books, 1994. p. 145-157.

- CARDOSO, Ciro F.; BRIGNOLI, Hector P. *Os métodos da história*. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- CARDOSO, Ciro F. *Uma introdução à história*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CARRARA, Sérgio. *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- COSTA, Jurandir F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3. ed. rev. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- CUNHA, Antônio Geraldo. *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- FEBVRE, Lucien. Apêndice e algumas notas do punho de Marc Bloch. In: BLOCH, Marc. *Introdução à história*. 3. ed. Mem Martins, PT: Publicações Europa-América, 1993. p. 69-82.
- FEBVRE, Lucien. Caminhando para uma outra História. In: FEBVRE, Lucien. *Combates pela história*. 3. ed. Lisboa: Presença, 1989. p. 241-256.
- FERRATER MORA, José. *Diccionario de filosofia*. 5. ed. Madrid: Alianza Editorial, 1984. 4 v.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FLOUD, Roderick. *An Introduction to Quantitative Methods for Historians*. New Jersey: Princeton University Press, 1973.
- FOUCAULT, Michel. *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard, 1969.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- FURET, François. O quantitativo em história. In: FURET, François. *A oficina da história*. Lisboa: Gradiva, [1980?]. p. 59-79.

- GINZBURG, Carlo. *A micro-história e outros ensaios*. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do cárcere*: volume 1: introdução ao estudo da filosofia, a filosofia de Benedetto Croce. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do cárcere*: volume 3: Maquiavel, notas sobre o estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- HERÓDOTOS. *História*. 2. ed. Brasília, DF: Ed. UnB, 1988.
- JACOBINA, André Teixeira. *Clivagens partidárias: Arena e MDB baianos em tempos de distensão (1974-1979)*. 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- JACOBINA, André Teixeira. *O movimento da Reforma Sanitária Brasileira e sua relação com os partidos políticos de matriz marxista*. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *O asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia*. 1982. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. O manicômio e os movimentos de reformas na psiquiatria. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 90-104, jan./abr. 2000a.
- JACOBINA, Ronaldo R. O paradigma da epistemologia histórica: a contribuição de Thomas Kuhn. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 609-630, nov. 1999/fev. 2000b.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *A prática psiquiátrica na Bahia: estudo histórico do Asilo São João de Deus/Hospital Juliano Moreira (1874-1947)*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Sérgio Cardozo: um estudante de medicina abolicionista e republicano (1853-1933). *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 86-93, jul./dez. 2008.
- JERVIS, Giovanni. Crise da psiquiatria e contradições institucionais. In: BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. p. 251-272.
- KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin. *Compêndio de psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1990.

- KIFFER NETO, João. *Jurujuba - o lugar da loucura na capital da "Velha Província" (1938-1964)*. 1995. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1995.
- KUHN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- LAINING, Ronald D. *O eu dividido*. Petrópolis: Vozes, 1973a.
- LAINING, Ronald D. *A política da família*. Lisboa: Portugalia, 1973b.
- GRANDE enciclopédia Larousse Cultural. São Paulo: Nova Cultural, 1988. 30 v.
- LE GOFF, Jacques. Documento / Monumento. In: LE GOFF, Jacques. *História e memória*. Campinas: Ed. UNICAMP, 1996a. p. 535-553.
- LE GOFF, Jacques. História. In: LE GOFF, Jacques. *História e memória*. 4. ed. Campinas: Ed. UNICAMP, 1996b. p. 17-165.
- LE GOFF, Jacques. *A história nova*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- LE ROY LADURIE, Emmanuel. *Montaillou: povoado occitânico, 1294-1324*. São Paulo: Companhia de Letras, 1997.
- LEVI, Giovanni. Sobre a micro-história. In: BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: EdUSP, 1992. p. 133-162.
- LOCKE, John. Ensaio acerca do entendimento humano. In: LOCKE, John. *Carta acerca da tolerância: segundo tratado sobre o governo: ensaio acerca do entendimento humano*. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. p. 133-344. (Os Pensadores).
- MACHADO, Roberto. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARX, Karl. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. In: MARX, Karl. *Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos*. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p. 331-404. (Os Pensadores)
- MARX, Karl. *O capital: livro 1*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975. v. 1.
- MEDEIROS, Tácito. *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*. 1997. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.
- MORIN, Edgar. Introdução geral. In: MORIN, Edgar. *O método 3: o conhecimento do conhecimento*. Mem Martins, PT: Publicações Europa-América/Sulina, 1999. p. 13-33.
- PAIM, Isaías. Primórdios da psiquiatria no Brasil. In: PAIM, Isaías. *Tratado de clínica psiquiátrica*. São Paulo: Grijalbo, 1976. p. 1-25.

- PERES, Maria Fernanda Tourinho. *Doença e delito: relação da prática psiquiátrica e poder judiciário no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, Bahia*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.
- PIAGET, Jean. *Epistémologie des sciences de l'homme*. Paris: Gallimard, 1972.
- PIAGET, Jean. Les deux problèmes principaux de L'épistémologie des sciences de l'homme. In: PIAGET, Jean (dir.). *Logique et connaissance scientifique*. Paris: Gallimard, 1967. p. 114-146. (Encyclopédie de la Pléiade, v. 22).
- PORTELLI, Alessandro. O massacre de Civitella Val di Chiana (Toscana, 29 de junho de 1944): mito e política, luto e senso comum. In: FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaína (org.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996. p. 103-130.
- PORTELLI, Alessandro. The Peculiarities of Oral History. *History Workshop: A Journal of Socialist Historians*, Oxford, n. 12, p. 96-107, Autumn 1981.
- PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- PRIGOGINE, Illya. *O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza*. São Paulo: Ed. UNESP, 1996.
- PRIGOGINE, Illya; STENGERS, Isabelle. *A nova aliança: metamorfose da ciência*. 3. ed. Brasília, DF: Editora UnB, 1997.
- REVEL, Jacques (org.). *Jogo de escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.
- RICOEUR, Paul. *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- RODRIGUES, Raymundo Nina. Memória histórica da Faculdade de Medicina e Farmácia da Bahia, 1896. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 73, p. 11-30, out. 1976.
- RORTY, Richard. *Objetivismo, relativismo e verdade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- ROSEN, George. *Locura y sociedad: sociologia historica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza, 1974.
- ROTELLI, Franco. A Lei 180 e a reforma psiquiátrica italiana. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 91-97.
- SANT'ANNA, Eurydice P. de; TEIXEIRA, Rodolfo. *Gazeta médica da Bahia: índice cumulativo (1866-1976)*. Salvador: Centro Editorial e didático da UFBA, 1984.
- SANTOS, Boaventura S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

SENA, Eduarda Cristina C. *A loucura ao revés: o Hospital Juliano Moreira e a Psiquiatria baiana na década de 30*. 1996. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

SEVALHO, Gil. Tempos históricos, tempos físicos, tempos epidemiológicos: possíveis contribuições de Fernand Braudel e Ilya Prigogine ao pensamento epidemiológico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 7-36, jan./mar. 1997.

SHEPPARD, Dalila de Sousa. A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 173-192, mar./jun. 2001.

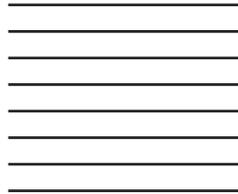
UCHÔA, Darcy de Mendonça. *Organização da psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Sarvier, 1981.

VILAR, Pierre. História marxista, história em construção. In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre (org.). *Histórias: novos problemas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995. p. 146-178.

VILAR, Pierre. Marx e a história. In: HOBBSAWM, Eric (org.). *História do marxismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. v. 1, p. 91-126.

WEBER, Max. A 'objetividade' do conhecimento na Ciência Social e na Ciência Política – 1904. In: WEBER, Max. *Metodologia das ciências sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Ed. UNICAMP, 1993. p. 109-153.





### 3

## BREVE HISTÓRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

*Maria Carolina Paraiso Lopes*

*Bruno Carneiro Pinto*

*Matheus Honorato dos Santos Oliveira*

*Ronaldo Ribeiro Jacobina*

### INTRODUÇÃO

A Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) foi a primeira instituição de ensino superior do Brasil e uma das mais importantes no estabelecimento do ensino da Medicina no país. A instituição está localizada na cidade de Salvador, estado da Bahia, construindo novas histórias por mais de dois séculos de existência.

Diante da magnanimidade da sua história e da sua representação atual, o presente capítulo almeja tratar do percurso do incipiente curso da “escola de

cirurgia” até a robustez dos dias correntes, abarcando os envolvimento que ultrapassaram a posição de instituição de ensino, os momentos de interseção social, os professores que abrilhantam a memória – com destaque seja por suas teses ou pelo impacto no processo de construção do conhecimento médico – e as produções engendradas pela estimada FMB.

Sobre os professores – alguns representados ao longo deste capítulo e outros no livro –, muitos vieram de outros estados e muitos de fora do país: José Soares de Castro e Manoel Joaquim Henriques de Paiva, que são de Portugal; Jonathas Abbott, da Inglaterra (brasileiro naturalizado em 1821); Luiz Fernando Macedo Costa e Thomas Cruz, de Sergipe; Estácio de Lima, Maria José Lages, Maria Theresa Pacheco e Jessé Accioly, de Alagoas; Antônio Luiz Barros Barreto, de Pernambuco; Fortunato Augusto da Silva e Lafayette Coutinho, da Paraíba; Antônio Pacheco Mendes, do Ceará; Heonir Rocha, do Piauí; Raymundo Nina Rodrigues e Antônio Bezerra Rodrigues Lopes, do Maranhão; Mário Andrea e Álvaro Rubim de Pinho, Amazonas; Aristides Novis, do Mato Grosso; Alexandre Leal Costa, de Goiás; Trípoli Gaudenzi, de São Paulo; e Nelson Pires do Rio de Janeiro; entre outros.

Para entender o processo de formação da FMB, a análise da capital baiana torna-se imprescindível. Suas condições geológicas, a posição geográfica e as características do golfo equivocadamente denominado “baía” que a margeia permitiram, por si só, a criação de um porto amplo e seguro. Naturalmente, tornou-se um ponto obrigatório, onde tocavam os navios vindos da Europa e que seguiam para outros portos do oriente. Conforme destacado por Gonçalo Moniz (1923) em *A medicina e sua evolução na Bahia*, a terra que foi o “abrigo hospitaleiro” para os descobridores e a “matriz” das ciências, das artes e das letras na colônia foi também “o berço da medicina nacional”.

De início, impende destacar a relação que a História estampa com suas diversificadas interconexões entre os acontecimentos, pois os fatos repercutem e promovem seus reflexos. No que tange à FMB, esta não deve ser compreendida isoladamente, haja vista que a instituição esteve e está imersa em conjunturas, as quais suscitam posicionamentos e são também passíveis de interferências. Compreender os contextos histórico e social nos quais se deram a criação e a movimentação deste símbolo nacional é um fator elementar diante da relevância emergida nestas ocasiões, pois a FMB ao longo de sua história, assumiu posição social, política e científica, sendo ativa em grandes momentos históricos, afastando-se de um papel de nulidade em relação às condições pulsantes fomentadas no tempo.

Esses conhecimentos são obtidos a partir dos principais precedentes e acontecimentos que influenciaram o processo de construção da FMB, cujas colaborações para a História e para a Medicina são notórias. Nessa perspectiva, a expressividade para História da Medicina no Brasil foi enaltecida pelo professor Eduardo de Sá

Oliveira, na solenidade de instalação do Instituto Baiano de História da Medicina e Ciências Afins (IBHMCA) em 1947 – que ocorreu no salão nobre da casa “onde foram iniciados os estudos da medicina brasileira” –, ao mencionar “As páginas da tua brilhante vida, gloriosa Faculdade, serão as brilhantes páginas da história que o nosso Instituto escreverá [...]”. (OLIVEIRA apud BRITTO, 1948, p. 13)

## **ESCOLA DE CIRURGIA DA BAHIA**

O estabelecimento da primeira instituição de ensino superior do Brasil teve princípio ainda nos primórdios do Período Colonial, quando o Colégio dos Jesuítas foi fundado pelos padres da Companhia de Jesus no terreno doado por Tomé de Sousa em 1551. (NUNES, 2010) Esta instituição foi construída no Terreiro de Jesus, região pertencente ao atual Centro Histórico da capital baiana, e serviu de berço para a futura criação da FMB. É válido ressaltar que esta localização era um privilégio para aquele período por conta da distribuição espacial da cidade de Salvador. (TEIXEIRA, 2001)

Considera-se historicamente que o cenário do ensino no Brasil anterior ao estabelecimento de uma instituição formalmente para lecionar “curas” estivera, como exemplificado, fortemente vinculado aos jesuítas, especialmente até o Período Pombalino – momento que culminou na expulsão dos padres do Brasil em 3 de setembro de 1759. Essa participação da religião na educação relaciona-se à existência, por parte do Estado português, de uma negligência, podendo-se considerar a presença de instituições de ensino superior em outras colônias na América Latina desde o século XVI, como a Universidad Nacional Mayor de San Marcos, em Lima, Peru. (BRITTO, 2011) Ainda sobre a participação dos padres na esfera educacional, merece destaque a concessão de graus de “bacharéis em artes” por colégios fundados pelos jesuítas no Brasil durante o século XVI, bem como a presença de núcleos de cultura formados por brasileiros que estudavam na Europa e por estrangeiros que vinham para o Brasil. (TEIXEIRA, 2010)

As práticas terapêuticas durante a época do Brasil colonial estavam associadas aos cirurgiões, físicos e farmacêuticos, ainda que pouco numerosos, com formação nas instituições europeias, atuando no Brasil por meio de emissões de autorizações por parte do físico-mor e, posteriormente, pela Junta do Protomedicato – um órgão da metrópole que habilitava a atuação dos cuidados de saúde no Brasil. (FORTUNA, 2014)

No período anterior à fundação da FMB, a presença desses profissionais era diminuta pelas condições pouco atrativas no Brasil e pelos obstáculos impostos aos brasileiros que pretendiam estudar fora, além das concessões de títulos aos profissionais sem plenas capacitações. (BRITTO, 2010b) Nessa senda, medidas

ocorriam como forma de reduzir as lacunas, a exemplo da presença de profissionais habilitados que ministravam algumas aulas para impulsionar conhecimentos defasados – como o curso de Anatomia e Cirurgia de José Xavier na Bahia em 1799 – e do Édito Real de 1 de maio de 1800, ao estabelecer que a municipalidade do Rio de Janeiro deveria destinar quatro estudantes para Portugal, dois deles para formação em Medicina. (BRITTO, 2011)

Havia, no Brasil, uma expressiva difusão de conhecimentos “guiados pelo empirismo” e conhecimentos populares, como os praticados pelos curandeiros, boticários, sangradores, dentistas e barbeiros – que praticavam sangrias, aplicação de sanguessugas e retirada de dentes –, em contraponto aos lapsos de profissionais formados. (MONIZ, 1923) Ademais, também é relevante a consideração da influência dos conhecimentos indígenas, cujos saberes sobre a natureza do Novo Mundo foram utilizados em práticas terapêuticas, sobretudo nos aldeamentos, fazendo parte das práticas dos padres que aplicavam conhecimentos oriundos da Europa e prestavam assistência. (PARAISO, 1982)

Assim, nessa conjuntura explanada, o até então Colégio dos Jesuítas cedeu espaço para o chamado Hospital Real Militar antes de se especializar no ensino médico em si. A partir de 18 de fevereiro de 1808, o local passou a abrigar a Escola de Cirurgia da Bahia que, apesar de simples se comparada às instituições de ensino médico pelo mundo naquele período, significou um importante marco para a disseminação do saber médico no Brasil. A possibilidade de ambiente para engrandecimento cultural, político e social consolidou novos ramos de produções intelectuais e comerciais, com ampliação de serviços elementares à corroboração da ciência. (TEIXEIRA, 2001)

O referido marco pode ser melhor compreendido por meio da análise das conjunturas, as quais, conforme mencionado anteriormente, provocam reverberações. No panorama de invasões napoleônicas na Europa durante o século XIX, além de prodigalizar a dificuldade para a liberação de autorizações para atuação dos agentes de cura pelos órgãos metropolitanos e os óbices para a saída dos profissionais da Europa – principalmente de Portugal para atuação no Brasil –, também culminou na fuga da família real portuguesa, como corolário da ameaça francesa, condicionando a vinda para o Brasil, em um contexto de saída de Portugal no dia 29 de novembro de 1807, quando escapavam das tropas lideradas por General Junot. (BRITTO, 2011) A pretensão do estabelecimento da realeza no Brasil – com atracamento na Bahia em 22 de janeiro de 1808 – avultou a necessidade de “modernizar” e “civilizar” a colônia, sendo a fundação de uma primeira instituição de ensino superior parte do projeto. Essa concretização ocorreu com um envolvimento expressivo do médico pernambucano José Correa Picanço, lente jubilado da Universidade de Coimbra e cirurgião-mor do reino, através da expedição régia

de 1808, tendo funcionamento inicial no mencionado Hospital Real Militar no Terreiro da Casa da Companhia de Jesus. (FORTUNA, 2014)

Dessa forma, em 18 de fevereiro de 1808, o governador da capitania da Bahia, d. João Saldanha, recebeu carta enviada por d. Fernando José de Portugal sob ordem do príncipe regente d. João, na qual estabelecia a fundação da escola que lecionaria Cirurgia, sendo nomeado cirurgião-mor Manoel José Estrela; Anatomia, com o cirurgião-mor José Soares de Castro; e a Arte Obstetrícia, área que não teve lente nomeado inicialmente. (MONIZ, 1923; OLIVEIRA, 1992)

Ainda analisando a conjuntura de imersão da instituição, a compreensão do francês era um dos pré-requisitos para a matrícula na escola, além da aproximação francesa na estrutura de ensino, o que representa uma interessante demonstração das influências e mudanças ao longo da História, verificando um período em que as ingerências francesas eram vivenciadas em diversos âmbitos, como ideologias, literatura, arte e culinária. (BRITTO, 2009)

Naquele período, havia um princípio tradicionalmente imposto à colônia, no qual era difícil que as metrópoles propiciassem formas de construção de novos saberes e pensamentos nas suas “posses”. Essas restrições faziam parte de atuações metropolitanas que pretendiam anular a formação de ideias que aproximassem a colônia da independência. (BRITTO, 2009) Como menções dessas atuações, Portugal restringia a entrada de livros franceses na colônia, apenas existindo livrarias de obras teológicas no Rio de Janeiro no final do século XVIII e, somente em 1808, o primeiro jornal mensário – *Correio Braziliense* – começou a circular no Brasil, embora impresso em Londres. (BRITTO, 2011) Levando em consideração esse contexto, é necessário destacar a grande vitória que foi a criação da instituição de ensino médico no Brasil, conquista enfatizada por Moniz (1923) ao mencionar a relevância colossal que o ensino superior representava, com capacidade de trazer civilização e progresso ao país, elevando o ensino e o conhecimento.

Em 5 de novembro de 1808, após a fundação da Escola da Bahia, foi estabelecida, no Rio de Janeiro, uma segunda escola médica no país – Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia. A partir dessa criação, tornou-se notável uma certa distinção nos tratamentos entre as escolas médicas de diferentes regiões. Essa diferença pode ser inserida em contextos para melhor análise, pois, como o Rio de Janeiro era a capital brasileira no período e não mais Salvador desde 1763, surgiram circunstâncias – como verbas, facilidades administrativas e influências políticas – que beneficiaram, de forma nítida, a escola do Rio de Janeiro. Esse acontecimento tornava a situação entre as duas faculdades muito desigual, aumentando ainda mais sua disparidade a partir do surgimento de novas escolas médicas no Sudeste brasileiro ao longo do tempo. Esse cenário retratava e concordava com a queda do prestígio que o Nordeste outrora tivera. (TEIXEIRA, 2001)

Dessa maneira, insere-se a possível visão de uma instituição “simples” – como citado – atrelada à faculdade nesse contexto de minoração dos investimentos em educação, cujos reflexos foram vivenciados nas duas instituições de ensino superior fundadas em 1808, ainda que de forma desigual. Essa redução de impulso fazia a Escola de Cirurgia da Bahia revelar-se como um curso ainda incipiente e pouco robusto, com limitação a descrições e a leituras, não sendo possível a emissão de “títulos de doutor em Medicina” e restringindo capacidades de atuação, pois possibilitava “cirurgiões formados” – evitando “cirurgiões licenciados”, como emitido pelas autorizações dos órgãos metropolitanos – e não médicos, o que impulsionava a complementação acadêmica dos estudantes na Europa. (BRITTO, 2011; OLIVEIRA, 1942)

É impossível deixar de falar do fator étnico-racial, da origem e da constituição desse elemento. A triste conformação escravocrata foi um abjeto determinante que influenciou muito o processo de estruturação da instituição, ainda mais pela concentração do uso de mão de obra escrava nas regiões próximas a Salvador, na Bahia. Esse fator étnico-racial era tão marcante e sua forte presença durou tanto tempo que foi somente em 1909, superando as estatísticas e quebrando os padrões de um Brasil machista e preconceituoso, que a primeira médica negra do Brasil foi formada. Maria Odília Teixeira foi uma baiana, nascida em São Félix do Paraguaçu, que realizou o feito inédito para a sua etnia pois, além de tornar-se médica no Brasil, também foi a primeira professora negra da FMB, cinco anos após a sua conclusão de curso. (JACOBINA, 2013a) Esse destaque especial e a quebra de paradigmas por uma mulher negra em um Brasil racista apontam o quanto é necessário apresentar essa análise como forte influência na História da FMB.

## **DA ACADEMIA MÉDICO-CIRÚRGICA, NA BAHIA, COLÉGIO MÉDICO-CIRÚRGICO**

Até esse ponto do capítulo, a instituição foi citada como Escola de Cirurgia da Bahia, isso porque foi o primeiro nome do que, posteriormente, veio a ser a Faculdade de Medicina da Bahia. De Escola de Cirurgia da Bahia, a instituição passou a ser chamada de Academia Médico-Cirúrgica a partir da Carta Régia de 29 de dezembro de 1815 – mudança ocorrida em 1813 com a do Rio de Janeiro –, como parte da reforma implementada naquele ano, a qual fez perceber alunos matriculando-se novamente na instituição e propôs estabelecimento de um curso de cirurgia no Maranhão, embora não tenha sido cumprida nesse aspecto. (SANTOS, 1905) A congregação em 13 de dezembro de 1816 renomeou para Colégio Médico Cirúrgico. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1854, p. 7) A Reforma de 1815, que teve o protagonismo do baiano dr. Manoel Luiz Álvares de Carvalho, médico

de d. João VI, complementou alguns aspectos institucionais, como o aumento da duração do curso para cinco anos a fim de obter reconhecimento de “aprovado em Cirurgia” – com repetição do quarto e quinto ano para ser “formado em Cirurgia” – e ampliação das cadeiras de duas para cinco e do corpo docente. (SANTOS, 1905) Como exemplo desses complementos, há a inserção de “Arte Obstetrícia” como matéria do quinto ano, embora tenha sido iniciada apenas em 1818 por José Álvares do Amaral – primeiro aluno baiano graduado no Brasil a tornar-se professor da instituição. (JACOBINA, 2013c) Com essa reforma, seguindo os estatutos da Universidade de Coimbra, os cirurgiões egressos da academia poderiam atuar nas situações nas quais não tivessem médicos, sendo o grau de doutor um título que impunha diversas barreiras para ser alcançado. (MONIZ, 1923) A academia, ou melhor, o Colégio Médico-Cirúrgico foi transferido para o Hospital São Cristóvão da Santa Casa, na rua da Misericórdia, em 17 de março de 1816. (BRITTO, 2014) Além dos lentes citados, já Colégio Médico-Cirúrgico, de 1816 a 1833, passou a contar com os lentes Antônio Ferreira França, lente de Higiene, Etiologia, Patologia e Terapêutica; Jozé Avelino Barbosa, lente de Clínica Médica; e Manoel Joaquim Henriques de Paiva, lente da Matéria Médica e Farmácia. E, em 14 de julho de 1825, Jozé Lino Coutinho, para Patologia Externa (Cirúrgica). (BRITTO, 2014; OLIVEIRA, 1992)

## **FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Em 3 de outubro de 1832, o colégio voltou ao território do Terreiro de Jesus, quando passou a ser chamada realmente de Faculdade de Medicina da Bahia. Com a criação da Universidade da Bahia, em 18 de abril de 1946 (BRASIL, 1946), depois renomeada Universidade Federal da Bahia (UFBA), a unidade universitária passou a ser chamada apenas de Faculdade de Medicina, mas a congregação, em 11 de novembro de 2003, por unanimidade, aprovou o retorno do nome original da Faculdade de Medicina da Bahia e o Conselho Universitário (Consuni) da UFBA aprovou. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, [200-?])

Uma observação importante é que, no Regime Militar, em 1969, a FMB foi transferida para o Vale do Canela. Em 2 de março de 2004, foi iniciado o processo de transferência da FMB para a sede antes ocupada exclusivamente pelo Memorial de Medicina, no Largo do Terreiro de Jesus. Na atualidade, a sede no Terreiro de Jesus voltou a abrigar a diretoria, secretaria geral e o colegiado de graduação da FMB, bem como programas de extensão e de pós-graduação (o de Medicina e o de Saúde, Ambiente e Trabalho).

O reitorado de 2006 a 2010 conseguiu aprovar no Consuni que o “pavilhão de aulas” do Canela seria da administração central da universidade, o curso médico

continuará a ter aulas junto com outros cursos, em particular o de fisioterapia recém-criado no Instituto de Ciências da Saúde (ICS). Num protagonismo de todas as categorias sociais da faculdade – estudantes, professores e servidores técnico-administrativos – o prédio Anexo I da FMB – depois denominado Anexo Dra. Rita Lobato, em homenagem a primeira mulher formada em Medicina no Brasil e pela escola *mater* – foi recuperado pois, o Consuni reconheceu o erro e voltou atrás, restituindo não um “pavilhão de aulas”, e sim um prédio de ensino, pesquisa, extensão e atividades administrativas. E sem perder o prédio histórico do Terreiro de Jesus.

Em análise mais cuidadosa da alteração do nome do Colégio Médico-Cirúrgico, é importante o destaque à Reforma de 1832 – como citado, uma pelas quais a faculdade passou –, que modificou o nome para Faculdade de Medicina da Bahia. Assim, atravessou praticamente o século XIX até a República, tendo o nome alterado para Faculdade de Medicina e Farmácia com a Reforma Benjamin Constant em 1891, retornando o nome de Faculdade de Medicina em 1901. (MONIZ, 1923) A Reforma de 1832, implementada pela lei de 3 de outubro de 1832, foi a efetivação de propostas já apresentadas desde 1826 – ano de estabelecimento da lei que alterou a expedição da Carta de Cirurgia ao diferenciar atuação do “formado” (atuava nos ramos da Cirurgia e Medicina) e do “aprovado” (atuava unicamente na Cirurgia) –, tendo a Faculdade de Medicina de Paris como referência – influência francesa já destacada. (BRITTO, 2011) Essa proposta enquadrava-se em um contexto de consolidação da independência, instalação de assembleia constituinte, outorga da constituição e dos embates entre as correntes políticas, como nativistas, moderados e exaltados. Sob essa análise, retomemos a referência das licenças para atividades de cura no Brasil por meio de órgãos governamentais, que persistiram até depois da Independência do Brasil, e aos lapsos do ensino no país, que promoviam anseios de mudanças, especialmente no que se referia ao ensino médico – eminentemente a necessidade do ensino prático. (MONIZ, 1923) A reforma tinha cunho liberal e, dentre as mudanças, ampliou o curso de Medicina de cinco para seis anos, sendo História da Medicina, vinculada com Higiene, uma das matérias do sexto ano – disciplina que se manteve até 1891. (BRITTO, 2011)

No que tange ao currículo, é válido propor um contraponto, neste espaço, à conformação atual, reflexo de uma preocupação amplificada a partir dos anos 2000 – já iniciada na década de 1980 –, que anseia uma formação médica mais integral e humanizada, permitindo profissionais imersos em compreensões sociais e particularidades populacionais, ativos no processo de aprendizagem e capazes de não se restringirem a tecnologias e conhecimentos técnico-científicos. Dessa forma, destaca-se as diretrizes curriculares para o ensino de graduação em Medicina do Ministério da Educação em 2001, que pretendiam concordar com a Reforma Sanitária e com o Sistema Único de Saúde (SUS) – incluindo prevenção

e promoção à saúde, universalidade, responsabilidade social, diálogo cuidadoso, entendimento epidemiológico e atenção primária como conhecimentos pertinentes ao médico. Em 2004, através da Portaria nº 023/2004, há, então, a formulação de um projeto-pedagógico, que teve incorporação de estudantes no grupo de estruturação, o qual foi desencadeado pela greve de estudantes de Medicina por melhorias no curso em 2004. Essa proposta pretendia delinear mais profundamente essas complementações curriculares – com implantação do novo currículo em 2007.1 –, pontuando o processo de participação do aluno, a necessidade de vivência prática, a integração entre ensino, pesquisa e extensão, a inserção do estudante no SUS, a preocupação ético-humanística, além de promover um currículo integrado, interdisciplinar e transdisciplinar. (JACOBINA, 2012)

Ademais – voltando para a Reforma de 1832 –, com as alterações implementadas, houve maior autonomia em questões organizacionais por parte das instituições, aumento da possibilidade de investir em laboratórios, inclusão dos cursos anexos de Farmácia e de Obstetrícia – direcionado para estudantes mulheres e estruturado em dois anos de aulas de partos –, além de possibilitar concessão de títulos de doutor em Medicina – ao extinguir a diferença entre “cirurgião” e “médico” – e de estabelecer a necessidade da tese de doutoramento para conclusão do curso. (BRITTO, 2011) Sobre essas implementações, são válidas as pontuações de que a Arte Obstetrícia já fazia parte de componentes do curso médico a partir da Reforma de 1815 e de que, em 1819, o ensino especial de Farmácia fora implementado, passando a ser anexado à matéria Médica em 1824, processo anterior ao início do curso propriamente dito – apesar do ensino farmacêutico daquele período ser analisado pelo dr. Malaquias do Santos como “negligente”. (MONIZ, 1923) O curso de Parteira permaneceu de 1832 até 1949, diplomando 279 parteiras. (ALENCAR, 2012)

Nesse espectro, como parte também das inserções feitas à faculdade, a biblioteca da instituição foi fundada em 1836 – inicialmente com 400 volumes – com esforços do então diretor dr. Francisco de Paula Araújo, sendo melhor estruturada em 1841, quando ocorreu a nomeação de Manoel Feliciano Ribeiro Diniz como bibliotecário e quando cerca de 2 mil volumes foram adquiridos. (BRITTO, [20--?]; JACOBINA, 2013c) Além dessa fundação, novas instituições tornaram a faculdade mais completa, como o Laboratório de Química, o Gabinete de Anatomia e o Gabinete de Física, sendo interessante a consideração da chegada do cadáver requerido pela FMB em 1849 – mais de dez anos após pedido, pois inicialmente o governo enviara para o Rio de Janeiro. (SANTOS, 1905)

Vale mencionar, no espectro de representações, o brasão da FMB, feito apenas em 1958 pelo monge beneditino irmão Paulo Lachenmayer, sendo modificado, em 2011, seguindo como um símbolo para a FMB. Esse brasão de armas possui um escudo misto com as representações divididas entre o brasão de esculápio e o brasão

da UFBA. Tendo uma espécie de contorno com fio de ouro, o fundo, na cor verde, representa esperança, saúde, fé e amor, e, dentro de uma fita verde, há o ano 1808 escrito em letras douradas, representando a data da criação da então Escola de Cirurgia da Bahia. Abaixo do escudo principal, em uma fita azul com letras de cor prata, encontra-se o seguinte dizer em latim: *Sanare Atque Servare* – que, em português, significa “Curar e Conservar”.

## FMB E ATUAÇÕES HISTÓRICAS

Como mencionado no início do capítulo, a FMB teve relação com diversos fatos históricos. Assim, teve participação no processo de Independência do Brasil na Bahia – como assim é referida –, período que se estendeu até 1823, por conta da resistência portuguesa no território baiano. Apesar do fechamento da então Academia Médico-Cirúrgica da Bahia entre setembro de 1822 e março de 1824 e da ausência de graduações pela não disponibilidade de cadáveres para os exames práticos, o envolvimento da instituição com o panorama destacado foi verificado com a participação de membros na Guerra de Independência, como Antônio José de Sousa Aguiar, que prestou serviços como cirurgião às tropas baianas. Nesse contexto, alunos da academia fizeram parte do serviço médico das tropas brasileiras durante as lutas de independência, estruturadas pelo coronel José Joaquim de Lima e Silva, que substituiu o general Labatut. (JACOBINA et al., 2008)

Outro fato de notória relevância e ligação com a FMB foi a Sabinada, uma revolta que ocorreu entre 1837 e 1838, no Período Regencial, de caráter separatista – apesar de tido como temporário – republicana, federalista e que se colocava como liberal, cujo nome remete a um dos líderes, Francisco Sabino, professor da FMB. Porém, Sabino não foi o único da faculdade a se envolver nessa revolta, que contou com a participação de outros lentes e alunos, como dr. Vicente Ferreira de Magalhães. As forças governamentais tendiam a tentar desqualificar o movimento a partir da associação do grupo envolvido com classes sem articulação e sem poder econômico, mas os exemplos mencionados e os agentes sociais participantes tinham uma forte expressão de setores médios e ricos. Todavia, o próprio presidente da província, Francisco de Souza Paraíso, tentava enxergar a mobilização de forma enfraquecida, o que, em algumas análises, representava uma tentativa de disfarçar a sua incapacidade de conter uma mobilização que assumiu o poder por quatro meses. (LOPES, 2008)

Outrossim, os momentos históricos proporcionaram uma posição diferenciada e proeminente destacada pela faculdade, que se colocou como local de saber, aproximando-se de maior respaldo, com uma posição consultiva almejada pelos próprios médicos por meio de publicações e também de participação política.

Essa posição pôde ser ressaltada durante as epidemias de febre amarela (1850) e de cólera-morbo (1855) que atingiram a Bahia, quando os professores e acadêmicos prestaram assistência às vítimas. O impacto das epidemias em diversos âmbitos – social, econômico e político – fazia crescer o anseio pelas respostas que a FMB pudesse prodigalizar. Então, de fato, medidas foram efetuadas, como reuniões de membros da faculdade com representantes do governo, além de orientações, como vigilância de navios, limpeza pública e quarentena – uma indicação de enriquecedora consideração histórica, haja vista que, no caso da febre amarela, ainda não se conhecia a relação da doença com o mosquito, só proposta em 1881 por Juan Finlay, o que explica o lapso de indicações mais condizentes nesse aspecto. (BASTOS; KRASILCHIK, 2004) Depois da epidemia de febre amarela, a epidemia de cólera culminou no fechamento da faculdade e na convocação de professores e alunos para participação nas Campanhas de Saúde e nas Comissões de Higiene Pública, na capital e em outras cidades do interior atingidas pela doença. (SANTOS; FERRAZ, 2013) Seguindo essa análise e esse período, vale destacar a criação oficial do Instituto Vacínico na Bahia em 1859, com o objetivo de “promover o estudo, a propagação e conservação da vacina” diante de um cenário de mazelas condicionadas pela varíola – doença cujo empenho de imunização iniciara por d. João no início do século XIX – e que, a partir do Decreto Imperial de 23 de junho, era local de estágio obrigatório dos estudantes de Medicina do quinto ano da FMB. (BRITTO, 2008)

Nessa conjuntura também, é válida a menção ao estabelecimento do Hospital de Isolamento MontSerrat – depois Hospital Couto Maia – que foi fundado em 1853 com o propósito principal de amparar as vítimas – principalmente marinheiros – de febre amarela, como parte das medidas de urgência implementadas para conter a proliferação de epidemias. Essa necessidade concordava com as teses “infeccionistas” e “contagionistas” propostas pelos médicos baianos. Sobre esse ponto, pode-se destacar uma influência indígena – anteriormente mencionada – nos conhecimentos, para além da “Medicina formal”, com conhecimentos herbáceos aplicados nesses ambientes. O atual nome – Couto Maia – faz referência a um médico graduado pelo FMB, posteriormente vice-diretor e professor catedrático, que trabalhou com afinco no instituto e impulsionou pesquisas e reformulações. (FIGUEIREDO, 2010) Recentemente o Hospital Couto Maia saiu de Monte Serrat na Península Itapagipana e foi para o bairro de Águas Claras, sendo renomeado, em 2018, Instituto Couto Maia (ICOM).

Na Guerra do Paraguai (1864-1870), mais uma vez a faculdade foi participante, quando alunos e professores prestaram assistência aos soldados e aos doentes durante esse período de embates, sendo muitos desses membros condecorados com a Ordem de Cristo ou da Rosa, além de terem recebido garantias concedidas pelo

imperador. (BRITTO, 2010b) Esses acadêmicos e professores compuseram a classe de médicos civis do Corpo de Saúde do Exército e da Armada, conjuntamente com os médicos militares imersos nessas atuações. Entretanto, esse momento histórico permite a confirmação da reflexão de que a história da Medicina não se restringe a médicos, haja vista que, durante essas campanhas, membros da Faculdade de Farmácia também tiveram expressiva participação e envolvimento no que tange à assistência. Sob fito de denotação da insigne participação, de 10 cirurgiões que prestavam serviços no Mato Grosso nesse período, 8 eram baianos formados na da FMB. (FÉLIX JÚNIOR, 2010)

Ainda sobre relevâncias em espectros que transpõem a função estritamente profissional, a faculdade colocou-se como espaço de falas e de críticas. Nessa perspectiva, considera-se o Decreto nº 1.764, de 14 de maio de 1856, que discorria sobre a colação de grau e tornava obrigatório um orador de turma. (FORTUNA, 2014) Entretanto, o Decreto nº 9.311, de 25 de outubro de 1884, tratava sobre a censura prévia aos discursos, o que indicava que aquele local de posicionamento incomodava por tratar sobre falhas da instituição e, então, os discursos deveriam ser precedidos pela aprovação do diretor da faculdade. Com a finalidade de exemplificar o tom mais político e social que esses discursos carregavam, mencionam-se abaixo trechos da fala proferida por Pedro Celestina Ferreira da Silva em 1884, no salão nobre do paço da Câmara Municipal, por conta de obras que eram realizadas no edifício da faculdade naquele momento:

A política continuou a ser, como ainda hoje é, a magna questão que absorve todas as atenções. Consistindo sobretudo na luta dos partidos, que procuram mais dissolver ou demolir um ao outro do que corrigir-se em benefício do paiz, sem orientação productiva e definida, na indolência tropical que nos opprime, Ella manteve e desenvolveu os defeitos do caráter nacional. Somos médicos; em um paiz novo, livre, rico, fadado a extensos luzimentos, falta-lhe, porém, uma educação dirigida pela sciência. Eis o que explica o abatimento da pátria; nós podemos – crede! – levantemol-a. (SILVA apud FORTUNA, 2014, p. 6)<sup>1</sup>

Outrossim, uma análise importante sobre essa abordagem das colações refere-se à ausência de solenidades para os demais cursos, cujas entregas de diplomas ocorriam nas secretarias, sem as formalidades exclusivas do curso de Medicina, cenário alterado em 1868 para o curso de Farmácia e, apenas no século XX, para os cursos de Odontologia – implementado efetivamente como anexo da FMB em 1884, com a Reforma Visconde de Sabóia, concretizando a proposta de inclusão

---

1 Página do Anexo 2, da obra de Fortuna.

feita com a Reforma Leôncio de Carvalho de 1879 (BRITTO, 2013) – e de Obstetrícia. (FORTUNA, 2014) As Faculdades de Odontologia e Farmácia alcançaram autonomia em 1949, por meio da Lei nº 1.021, de 28 de dezembro de 1949.

A atuação da Faculdade de Medicina e Farmácia da Bahia teve destaque também no período entre 1896 e 1897 na Revolta de Canudos, que correspondeu aos embates, no sertão baiano, entre as forças estatais e os envolvidos em um movimento de caráter místico liderado por Antônio Conselheiro, considerado ameaçador à ordem e à República em virtude da estruturação do Arraial de Belo Monte e da expansão de seus seguidores. Diante da necessidade de assistência por parte das tropas do estado, o governante da Bahia, Luiz Viana, solicitou participação de médicos, farmacêuticos e odontólogos da Faculdade da Bahia, os quais atuaram nas chamadas “enfermarias de sangue” – instalações estabelecidas, muitas vezes de forma abjeta, para atendimento dos feridos em pontos da capital baiana, incluindo áreas da faculdade. Entretanto, apesar do apoio para receber os feridos em Salvador, os médicos militares não conseguiam suprir a demanda alarmada pela guerra, então estudantes da FMB foram direcionados ao sertão baiano para auxiliar nas linhas de fogo, nos “hospitais de sangue” – estruturas precarizadas para dar suporte aos feridos. Há indicações historiográficas de atuações gratuitas de estudantes da faculdade como atitude em nome do país e da República. Interessante também que, diante dos pedidos de chefes das forças militares baianas, o diretor da faculdade, Antônio Pacífico Pereira, também disponibilizou os laboratórios para ajudar no fornecimento de medicamentos necessários. (PINHEIRO, 2009)

Ademais, nesse momento, há uso pioneiro da radioscopia e radiografia para localização de projéteis de armas e seguintes cirurgias, por meio de aparelhos trazidos por Alfredo de Britto. (VELLOSO, [2002]) Professor Alfredo Brito fez o exame radioscópico do soldado do 5º batalhão de polícia da Bahia, Manoel Bertolino dos Santos, ferido em Canudos em 27 de julho de 1897 e o exame revelou as dimensões e posição de uma bala. (JACOBINA, 2013c)

Dessa forma, pela ativa atuação, Luiz Viana (apud PINHEIRO, 2009, p. 59) reconhece em seu ofício:

É-me sumamente grato reconhecer a atitude patriótica que sua elevada congregação científica assume diante dos lamentáveis acontecimentos que enlutam a Pátria, oferecendo seu valioso apoio e seus inestimáveis serviços ao Governo Federal e ao Estadual que os aceita [...].

Outro momento de protagonismo no Período Republicano foi a Revolução Constitucionalista de 1932. Qual deus romano Jano, ela tinha duas faces. Uma face voltada para o passado, na revolta que eclodiu em 9 de julho em São Paulo e lutava pelo retorno ao estado oligárquico defendido pela maioria das forças

paulistas, mas tinha na outra face, um olhar para frente, que predominou no movimento na Bahia, liderado por estudantes e professores da FMB. (JACOBINA, 2014) Essa foi uma movimentação que pretendia o estabelecimento da constituição prometida logo após a Revolução de 1930 para o país, pois seguiu um período de descumprimentos das ordens constitucionais vigente e de enfraquecimento dos poderes locais vivenciados a partir do governo provisório de Getúlio Vargas. (DIAS; PAIXÃO, 2017)

Em 13 de agosto de 1932, houve, no Anfiteatro Alfredo Britto, congregação dos estudantes e professores, com discursos que aclamavam apoio pela “justiça e legalidade”, incluindo o diretor da FMB à época, Aristides Novis. Diante desse cenário, estudantes da FMB prestavam apoio ao movimento e exaltavam discursos concordantes com ideários defendidos, o que culminou em ingerência no prédio da faculdade por Juracy Magalhães – interventor de Vargas na Bahia – em 22 de agosto de 1932, um momento no qual uma bandeira branca que tinha em azul “Faculdade Livre” foi hasteada no edifício da FMB, num ato amplo de protesto de membros da faculdade, com estudantes de Medicina, Farmácia e Odontologia, junto com estudantes também de Direito, de Engenharia e de secundaristas do Colégio da Bahia (Central). (JACOBINA, 2014) Entretanto, veículos comunicativos à época colocavam esse empenho acadêmico como uma ação manipulada e contrária às novas tendências propostas pelo governo vigente, como exemplificado no trecho do *Diário de Notícias* de 23 de agosto de 1932:

Após o ocorrido no dia 22 de agosto, o Gabinete do *A mocidade acadêmica* foi o elemento fácil de exploração. Geraram um ambiente que determinou a rebeldia por parte dos acadêmicos de Medicina, que ocuparam militarmente o edifício da tradicional escola, iniciando o motim, na esperança de adesões. (ACONTECIMENTOS..., 1932, p. 1, grifo do autor)

De volta ao cenário da tarde de 22 de agosto, na sacada da fachada principal do edifício da faculdade discursaram algumas lideranças estudantis, quando houve disparos de armas de fogo. Segundo o historiador Dias Tavares (2001), policiais dispararam tiros em direção às janelas da FMB. “Foram respondidos, saindo desse tiroteio pessoas feridas e um morto”. (TAVARES, 2001, p. 391) O morto foi o “getulista” João Ferreira Santos, ex-empregado de hotel, e feriram outros populares, além do aluno da FMB, do curso de Odontologia, João Falcão Brandão, com um tiro na coxa.

No final da tarde, o prédio da FMB estava totalmente sitiado pela força pública, com participação dos bombeiros e da guarda civil, coadjuvados pelos membros da Legião Revolucionária. Nesse 22 de agosto de 1932, ocorreu também uma reunião de professores na Sala de Congregação da FMB, cuja sessão foi iniciada pelo

diretor Aristides Novis ao tratar dos “ânimos exaltados dos moços acadêmicos” e das “perseguições por parte da polícia”. Diante do cenário, Aristides sentia o enfraquecimento de seu controle e ordem, o que o fazia pensar na necessidade de mudar a diretoria. Dentre os professores presentes que manifestaram admiração pelo trabalho feito por Aristides, estavam Martagão Gesteira e Gonçalo Moniz – que, na sua fala, destacou forte apoio às agitações acadêmicas.

Uma comissão de professores, chefiados pelo prof. Aristides Novis, foi ao palácio do governo, para um entendimento com o interventor federal, Juracy Magalhães. Ele condicionou que os responsáveis pela violência fossem entregues bem como os participantes não membros da FMB, assim os inocentes não seriam presos. O interventor notificou também que, em caso de resistência, viria tomar as posições para ocupar, militarmente, a faculdade dentro de um prazo fatal, às 19 horas. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 1932a, f. 6)

Os estudantes recusaram a proposta, resistiram até às 22 horas, quando, sob a ameaça iminente da ocupação militar da FMB, renderam-se coletivamente, por unanimidade, num belo exemplo de solidariedade. Foram presos 514 estudantes e conduzidos em “auto-ônibus” para delegacias de Salvador e a Penitenciária do Estado. (BRITTO, [20--?]b) O diretor Aristides Novis destacou aquele “*gesto de renuncia colectiva, de edificante belleza moral, com que todos acabavam de encampar a responsabilidade do movimento*”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 1932a, f. 7-8, grifo nosso)

Posteriormente foram presos, fora da faculdade, sete professores: Eduardo Diniz Gonçalves na 1ª Delegacia; Euvaldo Diniz Gonçalves, Mario Andréa dos Santos, Álvaro Campos de Carvalho e Leôncio Pinto, na 2ª Delegacia; e Mario Carvalho da Silva Leal e Adolpho Diniz Gonçalves, na Penitenciária. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 1932b, f. 8)

O auditor militar, capitão Roberto Heskect, depois de inúmeros interrogatórios de alunos e dos professores, encerrou os processos e mandou soltar os aprisionados. Todos os estudantes interrogados repetiam a mesma fala da responsabilidade coletiva pelos eventos. E os estudantes, de certa forma, derrotaram o poder autoritário, pois o auditor mandou soltar todos. Em 2007, a congregação aprovou proposta da diretoria para que essa data, 22 de agosto, passe a ser lembrada como o Dia de Resistência Cívica da Faculdade de Medicina da Bahia. (JACOBINA, 2014)

Um outro grande destaque na história da FMB está entre as décadas de 1960 a 1980, pois a faculdade não se eximiu da atuação durante o doloroso período da Ditadura Militar. Dessa forma, a década de 1970 – marcada por intensificação da violência e da repressão, emanadas em discursos como “Brasil: ame-o ou deixe-o” – presenciou uma reorganização dos movimentos estudantis frente às dificuldades do momento. Em meio a esse cenário, pontua-se a Reforma Universitária

engendrada em 1968 – posteriormente complementada – que resultou na criação do ICS, além de promover uma departamentalização da FMB, fixar um currículo mínimo para curso de Medicina – “matérias básicas” e “matérias profissionais” –, alterar a estrutura de cátedra, reduzir possibilidades do diretor e da congregação e aumentar vagas do curso. (TEIXEIRA, 2001)

Nessa análise do período, o Movimento Estudantil Universitário Soteropolitano, da UFBA, estruturou duas greves em 1975, sendo a primeira delas feita pelos estudantes de Medicina, que lutavam e almejavam a permanência do Hospital das Clínicas como hospital-escola, assim como defendiam a não vinculação ao Instituto Nacional de Previdência Social, além de abordarem a necessidade de investimento em educação e carregarem discurso com caráter social e pró-democracia. (SILVA, 2016) Sobre esse momento da história, é de grande notoriedade a menção à memória e à participação de Seu Bina – Pedro Benedito de São José –, barbeiro da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus durante o período destacado, tendo uma atuação de coragem e solidariedade, pois escondia e protegia estudantes dos representantes repressores do Estado. (JACOBINA; BOMFIM; DUTRA, 2010)

Para além desses envolvimento estudantis na condução de questões políticas e educacionais, vale destacar, já no século XXI, o boicote ao Exame Nacional de Desempenho do Estudante (Enade) de 2007 pelos estudantes de Medicina da UFBA, que obtiveram nota 2 em uma escala de 0 a 5, como forma de alertar os problemas e as dificuldades do curso. Nesse contexto, a fim de avaliar as instituições que tiveram notas baixas, uma comissão foi criada pelo ministro da educação, Fernando Haddad. Ademais, a UFBA estabeleceu, em 2008, uma Comissão Especial – para verificar as condições do curso de graduação em Medicina, a qual fez uma avaliação simplista da ação dos estudantes no Enade e das necessidades da faculdade, como problemas na estrutura e falhas no ensino prático – e uma Comissão de Processo Administrativo Disciplinar – para analisar o posicionamento do professor Antonio Natalino Dantas em relação às notas do Enade –, além das comissões que foram organizadas pela FMB para rastrear as condições do curso. (JACOBINA, 2012)

## **MEMÓRIAS HISTÓRICAS DA FMB**

Uma pontuação importante na história da FMB é a produção das Memórias Históricas da FMB. A Reforma Couto Ferraz – nome dado devido ao visconde do Bom Retiro – de 1854 estabeleceu que a congregação da Faculdade de Medicina indicasse, anualmente, um professor para redigir a Memória Histórica do ano seguinte. (JACOBINA, 2013b; TEIXEIRA, 2001) Essas memórias teriam que abordar os acontecimentos mais importantes daquele ano, como também comentários e

discussões que o autor considerasse que fossem importantes, significando um material indispensável a quem se propõe a compreender a história da FMB. Havia registros que eram consequências das obrigações rotineiras, relatórios, atas, entre outros, e eles se fazem também importantes, mas nunca substituirão essas Memórias Históricas, pois, diferentemente deles, as memórias possuem sentido crítico e um detalhismo diferenciado, que eram resultantes da personalidade e da visão daqueles que eram escolhidos para redigi-las, fugindo de uma monotonia de registros rotineiros feitos por obrigação institucional. (TEIXEIRA, 2001)

A norma foi obedecida de 1854 a 1915, mas foi interrompida e só voltou a ser considerada em 1924, com a Memória Histórica do prof. Gonçalo Moniz Sodré de Aragão. Depois houve um novo período de interrupção de 1925 até 1941, retomando em 1942, quando o prof. Eduardo de Sá Oliveira escreveu a memória com a “Galeria dos Professores Falecidos” até o período estudado. (OLIVEIRA, 1992)

O trabalho de Gonçalo Moniz Sodré de Aragão, que foi do ano 1924, está entre os mais completos, pois ele usou o senso crítico e fez uma ampla análise, com respeito e afetuosidade para com a instituição. Além desse, menção também ao trabalho de Malaquias Álvares dos Santos, autor da primeira Memória Históricas, a de 1854. Ele deve ser destacado por conta da fidelidade com a qual ele descreveu os primeiros anos da faculdade, o detalhismo no estilo dos professores e as características das atividades desse novo instituto de ensino médico na Bahia. Ademais, José Olympio de Azevedo, Luiz Anselmo da Fonseca, Alfredo Britto e Antônio Pacífico Pereira são outros grandes nomes da FMB que merecem destaque na constituição das Memórias Históricas dos anos de 1883, 1891, 1900 e 1882, respectivamente.

Para escrever a Memória Histórica do período de 1943 a 1995, o então diretor da FMB, prof. Thomaz Cruz, recentemente encantado pela covid-19, sugeriu, e a congregação aprovou, o nome do prof. Rodolfo Teixeira. Depois, a congregação aprovou para escrever a Memória Histórica da FMB do período de 1996 a julho de 2007 o nome da profa. Eliane Elisa de Souza e Azevêdo.

A profa. Eliane Azevêdo, ao encaminhar à FMB o exemplar da referida memória, o fez através de cartão com o seguinte teor: “A Faculdade de Medicina da Bahia, minha paraninfa em 1961 com gratidão em seus duzentos anos de aniversário”. A turma da profa. Eliane Azevêdo foi a única que, ao se formar, não teve como paraninfa uma pessoa, e sim a FMB. Foram 65 Memórias Históricas da faculdade para termos pela *primeira vez* uma mulher como memorialista. (JACOBINA, 2013b, p. 11)

Para memorialista do bicentenário da escola *mater* da Medicina brasileira, abrangendo o período de 1º de agosto de 2007 a 31 de dezembro de 2008 foi escolhido o prof. Ronaldo Ribeiro Jacobina, professor associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS). (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA,

2007) Pela primeira vez era escolhido um professor que ainda não estava no topo da carreira docente (lente proprietário/catedrático/titular) para memorialista da FMB. (JACOBINA, 2013b, p. 11)

A partir daquele momento, a FMB só estava sem Memória Histórica de 1916 a 1923 e de 1925 a 1941, pois em 1924 temos a excelente obra do prof. Gonçalo Moniz, já referida. Pela primeira vez foi indicado e aprovado o nome de um funcionário e não membro da FMB, embora por muitos anos esteve à disposição da nossa unidade. Estas memórias foram escritas pela médica geneticista do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) e historiadora, dra. Cristina Maria Mascarenhas Fortuna (JACOBINA, 2013b, p. 12), segunda mulher memorialista.

### **FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA E A GAZETA MÉDICA DA BAHIA**

Referente ao ano de 1866, vale mencionar, como fato de relação com a história da FMB, o lançamento da *Gazeta Médica da Bahia*, a qual teve publicações periódicas até 1934 – mantidas pelo prof. Aristides Novis, então diretor do periódico –, com posterior período de publicações de 1966 – ano de transferência dos direitos sobre a revista à FMB – até 1972, sendo novamente reeditada em 2004, por meio do envolvimento do ex-diretor da faculdade José Tavares Neto. (BRITTO, 2011) A criação da chamada “associação de facultativos” está vinculada a um contexto de mudanças na visão e na produção de ciência, processo proeminentemente verificado a partir de 1848, com um impulso à experimentação e aos resultados práticos, tendo marcos como a descrição microbiana de Pasteur e a publicação das diretrizes do método experimental: *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* – conjuntura que revela novamente a influência da França e das conformações da Europa. Dessa forma, a revista propôs novas análises das enfermidades que acometiam o Brasil e que mereciam um olhar particular, disseminando a chamada “Medicina Tropical”, cujos grandes nomes eram Otto Wucherer – que fez relatos de microfilárias em pacientes com elefantíase, estudou ofidismo e outros temas; Silva e Lima – que fez publicações sobre beribéri, febre amarela, medicamentos indígenas e outras; e Paterson – que reconheceu as epidemias de febre amarela e cólera *morbis*. As publicações do periódico expunham as pesquisas e produções da época, incluindo as de lentes da FMB, assim como de alunos. (BRITTO, 2010b) Nesse espectro, juntamente com a tríade mencionada, os professores da FMB Januário de Faria e Antônio José Alves foram fundadores dessa associação de médicos, além do professor Virgílio Damásio – a quem era atribuída a função de editor da revista. Além dessa relação da FMB com a *Gazeta Médica da Bahia*, vale o registro da participação de Antônio Pacífico Pereira, que, ainda estudante da FMB, estava envolvido em publicações e, quando formado, assumiu a dire-

ção, dando apoio também financeiro para o prosseguimento da revista por quase 50 anos. (JACOBINA, 2013c) Silva Lima e Pacífico Pereira foram a alma da gazeta.

## **O PROTAGONISMO DA MULHER NA MEDICINA BRASILEIRA NA BAHIA**

Na década de 1870, a FMB apresentou momentos de destaque em ações cívicas e estudos tecnicistas, além de ser palco de um marco na história da Medicina brasileira. Nessa análise, a Reforma Leôncio de Carvalho foi aprovada em abril de 1879 e modificou de forma significativa a conformação do ensino superior no Brasil, representando mudança de valorosa repercussão social, com reflexos em hábitos e mentalidades, também promovida por confluência do contexto. Até o período imediatamente anterior à reforma citada, as leis brasileiras ainda não permitiam a matrícula de mulheres nas faculdades de Medicina do Império. A partir do momento de sua aprovação, a reforma instituiu o ensino livre e autorizou a matrícula de mulheres nas escolas superiores, possibilitando, assim, o surgimento de uma personalidade de grande significado histórico tanto na FMB quanto na Medicina brasileira como um todo: Rita Lobato. (JACOBINA, 2013c)

Verificando as configurações do período, destaca-se que mulheres, há séculos, já praticavam Medicina na Europa e que uma brasileira, Maria Augusta Estrela, já havia ingressado em uma faculdade de Medicina em Nova York anteriormente à reforma mencionada, inclusive com um auxílio anual concedido pelo imperador d. Pedro II – a primeira bolsa de estudos destinada a um estudante brasileiro. (BRITTO, 2011) Nessa conjuntura de reformulações, o ministro brasileiro Leôncio de Carvalho viajara para Europa nos anos de 1870, com anseio de melhor conhecer a estrutura de ensino, o que impulsionou mudanças organizacionais, como fundação de laboratórios, composição de ensino mais prático, além da permissão destacada do ingresso de mulheres em Medicina, apesar de mulheres já serem aceitas no curso de Obstetrícia antes desse decreto – uma observação em consonância com uma mentalidade que carregava certa vinculação da “arte de partejar” com as mulheres. (MONIZ, 1923) Nesse aspecto, é importante a inserção dessa medida de âmbito educacional na construção social que a cercava, portanto, os trechos da *Gazeta Médica da Bahia* de 31 de outubro de 1868 indicam essa esfera:

Nada há tão materialmente inaceitável como uma doutora em medicina. [...] Não se percebe todavia que haja prazer possível em uma mulher conviver com as doenças mais repugnantes, e passar os melhores dias da sua mocidade a dissecar cadáveres. Não pode haver mulher de gosto tão deploravelmente depravado. Para se tornar bom cirurgião e bom médico é preciso que o homem desde o começo da sua instrução technica se

dê com toda a vontade e perseverança aos estudos anatômicos. [...] Fez Deus a mulher para ser a companheira do homem, deo-lhe o lugar mais santo da família, incumbio-lhe as funções instintivas da maternidade. (VARIEDADE..., 1868, p. 70-71)

Professora Francisca Prager Froes, primeira professora da FMB, foi também a primeira mulher a publicar nesta importante revista médica, exercendo mais um protagonismo feminino. (JACOBINA, 2013a)

Diante dessas considerações, o decreto de 1879 permitiu que, em 1887, Rita Lobato fosse a primeira mulher graduada em Medicina no Brasil, após concluir o curso na FMB. Rita Lobato foi uma mulher nascida no Rio Grande do Sul, que, com 17 anos, matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1884 – mulheres anteriormente já haviam se matriculado em 1881 na mesma instituição –, transferindo-se para a FMB em 1885, onde se formou e defendeu sua tese de doutoramento intitulada *O paralelo entre os métodos preconizados na operação cesariana*. Desse modo, Rita Lobato, cujo nome permanece na FMB por meio de nomeações de espaços físicos e do Coletivo Feminista Rita Lobato, torna-se um símbolo com bastante importância ao se tratar da história da FMB. Nesse espectro, vale destaque também a Efigênia Veiga, que foi uma das três primeiras alunas da faculdade – junto com Rita Lobato e Amélia Pedroso – e que foi a primeira estudante baiana de Medicina, formada em 1890. (JACOBINA, 2013c)

## **FECHAMENTO DA FMB E PARTICIPAÇÃO ESTUDANTIL**

O ano de 1901 foi relevante pelos acontecimentos presenciados nesse período. Em janeiro desse ano, durante a presidência de Campos Sales e a chefia de Epitácio da Silva Pessoa no ministério da Justiça e Negócios Interiores, foram publicados o Código dos Institutos Officiaes do Ensino Secundario e Superior e o Regulamento das Faculdades de Medicina, o que culminou na redução das cadeiras do curso de Medicina, diminuição no tempo do curso de Farmácia e remoção de algumas provas práticas. Diante de algumas determinações do novo código, reclamações e movimentações foram suscitadas pelos acadêmicos, os quais decidiram pelo não comparecimento às aulas até a demissão do diretor José Olympio de Azevedo – acusado de atos rudes, incoerentes e contrários à “mocidade” –, atitude não solidarizada pelos alunos da sexta série – que se abstiveram das aulas – e considerada “infensa ao seu honrado director” pelo jornal *O Tempo* da época. Frente a esse cenário, Epitácio Pessoa ordenou, no dia 14 de junho de 1901, o fechamento da Faculdade de Medicina e de Farmácia da Bahia, como uma resolução disciplinar. Em agosto do mesmo ano, Alfredo de Britto foi nomeado diretor após exoneração

pedida pelo dr. Olympio de Azevedo, medida que resultou em passeata favorável dos estudantes. Então, em 5 de fevereiro de 1902, Alfredo de Britto recebe telégrafo do então ministro Sabino Barrozo para anunciar a reabertura da faculdade. (BRITTO, 2010a) Esse é outro exemplo que alija uma visão de passividade por parte da força estudantil.

## **O INCÊNDIO DA SEDE DA FACULDADE NO TERREIRO DE JESUS**

No capítulo, é preciso destinar também um espaço para recordar sobre um acontecimento lamentável do início do século XX. O prédio da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus sofreu um incêndio no ano de 1905, que foi responsável pelo desaparecimento de documentos valiosos que retratavam a história da instituição nos anos anteriores ao trágico evento. Não se sabe quais foram ao certo todos os documentos, mas é compreensível que se trata de uma expressiva perda. Após reestruturações, a biblioteca da faculdade – um dos espaços do edifício atingidos pelo fogo – voltou a funcionar. A reabertura ocorreu contendo cerca de 12 mil volumes, obtidos por meio da colaboração da comissão formada, a qual teve adicto envolvimento do professor Gonçalo Moniz. A inauguração foi em 30 de abril de 1909, em um momento da diretoria de Augusto Vianna, embora as obras tenham sido iniciadas na diretoria de Alfredo Britto, que teve atuação significativa frente às requisições do panorama configurado. (BRITTO, 2002; JACOBINA, 2013c) Fontes historiográficas levam a suposições de que o fogo, iniciado no almoxarifado, tivera origem criminosa, a partir de relatos de funcionários que negaram anormalidades no espaço que pudessem justificar o incêndio e que declararam indícios de portas abertas à força. (BRITTO, 2002)

Vale pontuar que, desde 1944, a biblioteca passa a ser nomeada de Bibliotheca Gonçalo Moniz, depois renomeada para Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira, denominação consonante com a bagagem histórica marcada no acervo. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, [20--])

## **A CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA**

Analisando, então, outros contextos da faculdade que configuraram marcantes relações e reverberações, ressalta-se a criação da Maternidade Climério de Oliveira. A concretização da fundação da maternidade, em 30 de outubro de 1910, é vinculada ao apoio do ex-diretor Alfredo de Britto – que fizera acordo entre a faculdade e a Santa Casa –, do governo federal e do Comitê de Senhoras Baianas, agente que revela o envolvimento social nos processos da instituição de ensino, as concepções das classes sociais e os projetos figurados nos fatos. Diante do exíguo repasse

estatal para financiar o projeto de médicos de instalar uma maternidade pública em Salvador, o médico Climério de Oliveira – formado pela FMB e, posteriormente, lente da faculdade e detentor da cátedra de Clínica Obstetrícia e Ginecológica desde 1885 – liderou uma veemente movimentação para arrecadar verbas, assim, verificando o envolvimento do Comitê de Senhoras Baianas – formado por mulheres da elite baiana –, que participava de espetáculos, alguns escritos por Climério, e de outros eventos, com o fito de obter fundos para a maternidade, o que também foi impulsionado por estudantes da FMB que buscavam doações. A atuação do comitê afinava-se com um discurso que colocava mulheres de classes mais altas em atos de “civilidade” por meio de práticas filantrópicas, com visibilidade reconhecida pelos membros da FMB, como realçado por Augusto Vianna (apud AMARAL, 2008, p. 929) no *Diário de Notícias* de 3 de novembro de 1910: “O que posso e devo afirmar jubilosamente é que a esse comitê cabem os mais viridentes louros desta Victória excelsa que hoje, com satisfação indissível, festejamos”.

A concretização desse plano representava um avanço na área da Obstetrícia para a categoria médica baiana, pois serviria, além de local para realização de partos – especialmente de mulheres pobres e desamparadas, sendo visto e proposto como atuação humanitária –, como espaço para pesquisa e para maternidade-escola. (OLIVEIRA, 1992) Entretanto, essa incumbência de ser uma instituição de assistência a mulheres de classes mais baixas pode ser inserida como parte da agenda higienista na Bahia, a partir de uma percepção que interpreta um controle de corpos e de espaços por meio de uma assistência medicalizada a mulheres infortunadas, em um cenário de preocupação com a Saúde Pública por parte dos médicos da FMB. (AMARAL, 2008)

## **PROTAGONISMO DA FMB NA CRIAÇÃO DA PRIMEIRA UNIVERSIDADE PÚBLICA NA BAHIA**

Para complementar as abordagens de compreensões da faculdade ao longo de contextos, é válida a imersão no atual universo que integra: a UFBA. Após a Revolução de 1930, o Ministério da Educação foi fundado e isso representou um maior fomento à estruturação do sistema nacional de educação no Brasil, sobretudo no ensino superior. Nessa lógica, o Decreto nº 19.851, em abril de 1931, previa a criação de universidades a partir da incorporação de instituições, tendo em vista a então organização fragmentada das faculdades. (BRASIL, 1931) Entretanto, com a finalidade de promover uma reorientação da nova pretensão, a Lei nº 452 de 1937 estabelecia quais seriam as finalidades de uma universidade, dentre elas, a promoção da cultura filosófica, científica, literária e artística e a formação de profissionais para ocuparem diversos cargos, como magistério e posições públicas. (BRASIL, 1937)

Em meio a essas mobilizações, a FMB anunciava reformulações e estruturações, como as instalações ambulatoriais e práticas, a exemplo da fundação do Ambulatório Augusto Vianna – base do futuro Hospital das Clínicas. Em conjunto, havia a movimentação verificada também na Faculdade de Direito e na Politécnica, assim como na Escola Comercial da Bahia, para a concretização dessa “aglutinação” das instituições. (TEIXEIRA, 2010)

Assim, por meio do Decreto-Lei nº 9.155, de 1946, o Ministério da Educação, representado pelo ministro Ernesto Souza – muito aclamado durante a solenidade – no governo de Eurico Gaspar Dutra, estabelece a criação da Universidade da Bahia. (BRASIL, 1946) A instalação da universidade ocorreu em 2 de julho – data que marca a Independência da Bahia –, concretizando a cerimônia e estabelecendo a reitoria no Terreiro de Jesus – local valioso na história da Bahia e da FMB – ao nomear Edgard Santos como primeiro reitor da UFBA. Edgard Santos era um médico que se formou pela FMB, fora o orador da sua turma, professor catedrático da FMB e havia sido o diretor da faculdade. Em 1 de junho, havia ocorrido a reunião do Conselho Universitário no Salão Nobre da FMB no Terreiro de Jesus, com presença de professores, de acadêmicos e de representantes da sociedade, momento no qual o presidente da comissão organizadora da universidade, Pedro Calmon, realizou a eleição do reitor da universidade e no qual estatutos e requerimentos foram anunciados (Quadro 1). (BRITTO, [20--]b)

Deve-se destacar também a inauguração do Hospital das Clínicas em 1948, atualmente prestador de atendimentos voltados ao SUS e chamado Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo-HUPES) – nome que faz referência ao reitor da UFBA à época e ex-diretor da FMB, que se empenhou nesse projeto. A fundação do HUPES é corolário de um processo com pretensões indicadas desde 1891, sendo que, em fevereiro de 1936, ocorreu o estabelecimento do Núcleo Pró-Hospital das Clínicas, formado por estudantes e professores, com destaque para os alunos Virgílio Lima de Oliveira (secretário-geral), Raimundo Quixadá Felício e o prof. Ruy de Lima Maltez (presidente), além da ação política do prof. Edgard Santos. (FORTUNA, 2014; TEIXEIRA, 2001) O seu vínculo com a FMB está também destacado no nome do auditório, o Anfiteatro Professor Gilberto Rebouças, professor emérito da UFBA, um médico-professor com todos os méritos. (JACOBINA, 2013a)

A história dessa unidade é marcada por momentos de grande proporção, como a primeira hemodiálise feita no Norte-Nordeste e a instalação da primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Bahia. Em 2004, foi certificado pelos Ministérios da Educação e da Saúde como Hospital de Ensino. Esse complexo abarca importantes serviços: Fonoaudiologia; Odontologia; Terapia Ocupacional; Urologia, posteriormente associado ao de Nefrologia; Setor de Vigilância em Saúde

e Segurança do Paciente; Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente – Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO) – setor que destaca o prof. Hosannah, que foi aprovado para a cátedra de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da FMB, foi superintendente do HUPES e contribuiu na formação de muitos pediatras; Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais – por meio de uma parceria entre a UFBA e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab); Unidade de Atenção à Saúde da Mulher; Unidade de Clínica Médica; Setor de Regulação e Avaliação em Saúde; Unidade de Nutrição; Serviço Social; Serviço de Pneumologia; e Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão – com grande relevância para sociedade. (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2018)

## PRODUÇÕES E PROTAGONISMOS DA FMB

Ao olhar a história da FMB, não carecem exemplos de valiosas conquistas, descobertas e contribuições para a ciência. Dessa forma, destaques são feitos nesse âmbito de conhecimentos propalados pela FMB. Além dos professores já referidos ao longo do capítulo, algumas considerações serão levantadas.

Nessa perspectiva, merece consideração Juliano Moreira, cuja produção teve repercussão internacional. Médico graduado aos 19 anos pela FMB, em 1891, com a tese *Etiologia da sífilis maligna precoce*, representou, como verificado nesse trabalho para obter título de doutor, brilhante figura para a Dermatologia e sifilografia, refutando o fator climático e racial para progressão da sífilis, tema que suscitou publicações na *Gazeta Médica da Bahia*. Nessa revista também, Juliano Moreira descreveu, de forma pioneira no Brasil, o botão de Biskra, representando a análise de casos de leishmaniose tegumentar americana, com consideração do envolvimento de insetos no processo. (JACOBINA, 2019) Para além da representação para Dermatologia, o médico baiano foi professor da seção de doenças mentais e nervosas da FMB, além de ter dirigido o Hospital Nacional dos Alienados, no qual implementou mudanças consentâneas às suas propostas de nosografia e de profilaxia psiquiátricas. Dessa maneira, teve destaque na área da Psiquiatria, na qual se opôs à atribuição de degeneração dada à mestiçagem, estabelecendo a vinculação de doenças mentais com questões sanitárias, educacionais, de alcoolismo e de sífilis, por exemplo. (JACOBINA; GELMAN, 2008; ODA; DALGALARRONDO, 2000)

Vale referência às atuações do professor, também graduado pela FMB, Pirajá da Silva, o qual, no início do século XX, em meio aos debates sobre doenças tropicais, foi estudar Parasitologia e Microbiologia na França e depois doenças tropicais na Alemanha. Pirajá da Silva observou os primeiros casos de esquistossomose na Bahia, descrevendo também a presença de “animais adultos” na veia porta, análises da doença no Brasil que permitiram a produção da sua monografia,

*La schistosomose à Bahia*, e a diferenciação de espécies. Posteriormente, o médico também constatou a presença de *Leishmania tropica* em lesões de pele da doença conhecida como botão de Brotas, além de encontrar vetor da tripanossomose americana próximo a Salvador, assim como estudou miíases cutâneas e cavitárias e cogumelos patogênicos. (JACOBINA, 2013a)

Também se destaca o professor Álvaro Rubim de Pinho – graduado na FMB em 1945 –, que é uma importante figura na Psiquiatria, tendo sido presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria em 1968, além de ter implementado a Psicologia Médica e os atendimentos psiquiátricos a crianças na Clínica Pediátrica do HUPES. (JACOBINA, 2013a) Ademais, teve interessante produção da Psiquiatria Transcultural, ao propor um psiquiatra-antropólogo, com análise histórica e etnográfica, avaliação de aspectos socioculturais da depressão e inclusão da religião nas observações. (DALGALARRONDO, 2004)

O professor e médico graduado pela FMB Jessé Accioly descobriu e relatou – ainda que localmente na revista *Arquivos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia* – o mecanismo de herança da anemia falciforme em 1947, a partir da leitura de Mendel e de esboços de herodogramas que supunham – acertadamente – uma herança autossômica recessiva. Diante da brilhante proposta, a profa. Eliane Azevêdo – primeira mulher eleita, mas não empossada diretora da FMB, sendo a primeira eleita e empossada Lorene Pinto (ALENCAR, 2012) – enviou carta ao editor do *American Journal of Human Genetics*, nos Estados Unidos, publicada em 1973, a fim de atribuir internacionalmente a Accioly o pioneirismo até então dado ao pesquisador americano James Neel. (AZEVÊDO, 2010) Professora Eliane Azevêdo tem múltiplos protagonismos, tendo sido a primeira mulher vice-reitora e primeira reitora da UFBA (Quadro 1). (JACOBINA, 2013a)

Como mais um exemplo dos brilhantes professores e pesquisadores que estudaram e lecionaram na FMB – e que não se esgotam nessa breve análise –, destaca-se Heonir Rocha, graduado em 1954, que foi diretor da FMB e reitor da UFBA (Quadro 1). Seus estudos sobre doença de Chagas e sobre pielonefrite – abordada também em sua tese de concurso, que o possibilitou ser o mais jovem catedrático aos 32 anos – permitiram sua contribuição em capítulos do livro de Cecil e Loeb. Teve expressiva atuação na implantação da residência médica no HUPES, fez importantes estudos sobre infecção urinária, glomerulopatia esquistossomótica, morte por estrogiloidíase no uso de corticóides e sobre a relação das leishmanioses nos rins. (JACOBINA, 2013a)

A história da FMB não poderia ser contada sem pelo menos registrar o papel coletivo dos servidores técnico-administrativos, com destaque não só para aqueles com formação universitária, como por exemplo o médico Afrânio Coutinho, renomado escritor que foi bibliotecário da faculdade; o dedicado e minucioso

amanuense e arquivista Anselmo Pires de Albuquerque que nomeia o arquivo histórico da faculdade; mas também bedéis como Evaristo Leão Veloso e João Francisco do Sacramento, que inspiraram Pedro Archanjo, personagem na obra de Jorge Amado e nome de praça no Pelourinho, o “barbeiro” na FMB, Seu Bina, junto com Seu Levi Joaquim França, guardiões e defensores dos estudantes e do Diretório Acadêmico de Medicina (Damed); e mais recentemente o porteiro Antônio Damasceno, destaque na coleta de quase 1.000 assinaturas no abaixo-assinado que ajudou na retomada do prédio no Vale do Canela. (JACOBINA, 2013d)

## **OUTRAS PERSPECTIVAS E POSIÇÕES**

A constituição da FMB também perpassa pelo objetivo de ser uma instituição social inseparável da concepção de democracia e de democratização do saber, seja para realizar essa ideia seja para opor-se a ela. Então, no correr do século XX, a instituição universitária não pôde furtar-se à referência à democracia como uma ideia reguladora.

Acerca do referido processo, a relevância da tríade “ensino, pesquisa e extensão” reflete, em primeira observação, no posicionamento do Estado em designar a educação, a saúde e a cultura como setores de serviços não exclusivos. Assim, a educação passou a ser concebida como um serviço e não como um direito. (CHAUI, 2003) Com isto, emergiu a chamada “sociedade do conhecimento”, ou seja, aquela que não se propõe a favorecer a ação política da sociedade civil e ao desenvolvimento efetivo da autonomia de ensino. Consequentemente, emergem-se a dualidade entre a autonomia – baseada na capacidade de condicionar as vertentes de ensino, pesquisa e extensão, podendo ser como instituição (quanto aos governos), intelectual (em relação a credos religiosos, partidos políticos, ideologia estatal, imposições empresariais e financeiras) – e a heteronomia – quando a universidade produz conhecimentos destinados ao aumento de informações para o capital financeiro, submetendo-se às suas necessidades e à sua lógica. Assim, dentro dos diversificados debates sobre o tema, pode-se extrair que o reconhecimento desta relação conduz a definir crucialmente a autonomia universitária, ou seja, efetivada quando recuperam o poder e a iniciativa de definir suas próprias linhas de pesquisa e prioridades, em lugar de deixar-se determinar externamente pelas agências financiadoras.

Com o olhar inspirado nesta proposta, podemos verificar o papel da autonomia universitária como forma de recuperar o poder e a iniciativa de definir as linhas de pesquisa e propriedades, destacando o caráter de instituição social, propiciando uma reflexão e combate à sociedade do conhecimento e heteronomia. Portanto, no âmbito da FMB, esta análise mostra-se crucial para inspiração de projetos aca-

dêmicos que buscam estabelecer esta ligação entre a faculdade *versus* sociedade, a partir de demandas oriundas das necessidades sociais, reforçando a tríade de ensino, pesquisa e extensão.

Um exemplo é o Programa de Educação Tutorial (PET), criado pela Coordenadoria de Apoio ao Pessoal de Ensino Superior (Capes) em 1979, numa época em que o ensino superior brasileiro passava por uma expansão e um padrão de qualidade satisfatório no ensino era buscado. Os objetivos do programa são melhorar o ensino da graduação e pós-graduação através do tripé universitário (ensino, pesquisa e extensão), oferecer uma formação acadêmica de excelente nível e promover integração da formação acadêmica com a futura atividade profissional. Propõe-se que, a partir de estímulos de um tutor, os estudantes tenham uma formação global, que envolva valores éticos, científicos e humanísticos.

Neste contexto, extrai-se a existência do PET Medicina UFBA, criado em setembro de 1995, financiado pela Capes, tendo como tutor prof. dr. José Tavares-Neto e contando, até 2000, com a presença de apenas três bolsistas. Diante da necessidade de levantamento de fundos para custear o processo de iniciação científica, foi instituída a chamada “CooperPET”, através da qual os alunos voluntários que captassem os subsídios teriam o montante dividido para os demais membros, favorecendo a continuidade de acesso estudantil, através de incentivos. Com o passar dos anos e a subsequente expansão do programa em nível nacional, o PET Medicina passou a contar com 12 bolsistas e alguns voluntários no curso da transição intergeracional. (PET MEDICINA, [20--])

Ademais, o Programa de Ações Afirmativas – apoiado e votado pela FMB em assembleia geral de professores, servidores e estudantes, em 2004 – representa essa interseção da faculdade com a esfera social da qual faz parte. Essa adesão está vinculada a uma necessidade de democratização do ensino, permitindo que a faculdade pública seja um ambiente de confluência de experiências e de conhecimentos, viabilizando acesso a espaços que foram muitas vezes restritos a classes mais altas, além de corresponder a uma ação diante de uma dívida histórica no que se refere às cotas raciais. (JACOBINA, 2013b)

Nesse âmbito de mudanças da faculdade em meio às novas demandas, o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído no Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007, tinha como objetivo amplificar o acesso e permanência ao ensino superior, o que corroborou debates na FMB sobre sua aprovação. (BRASIL, 2007) As diretrizes foram analisadas por uma comissão, tendo em vista as especificidades do curso médico, como aumento de vagas, relação do número de alunos por professor, a evasão no curso, mobilidade dos estudantes entre cursos, mudança de modalidade de graduação e alteração para melhoramento das metodologias. Diante das propostas e dos recur-

os financeiros vinculados, havia aspectos que desconsideravam a manutenção da qualidade do curso, os repasses necessários e as condições de trabalho dos funcionários, resultando na não aprovação do projeto. (JACOBINA, 2013a)

Portanto, tendo em vista as abordagens históricas propostas e as inserções sociais da FMB, é notória a sua relevância na formação da sociedade, sua importância em âmbito científico, suas repercussões em questões comunitárias e políticas, revelando a necessidade de sua valorização e de sua defesa.

**Quadro 1** – Reitores da UFBA formados pela FMB, com destaque aos que foram também diretores da FMB

REITORES DA UFBA FORMADOS NA FMB	PERÍODO DE DIREÇÃO DA FMB	PERÍODO DE REITORIA NA UFBA
Edgard Santos	1936-1955	1946-1961
Roberto Santos	-	1967-1971
Augusto Mascarenhas	-	1975-1979
Macêdo Costa	-	1979-1983
Eliane Azevêdo	Eleita em 1983, mas não empossada	1992-1993
Heonir Rocha	1988-1992	1998-2002
Naomar de Almeida		2002-2010

Fonte: elaborado pelos autores com base em dados extraídos da Universidade Federal da Bahia (2020) e Jacobina (2013b).

## ABORDAGEM PARADIDÁTICA

A história da Faculdade de Medicina da Bahia, diante da representatividade para o ensino no Brasil e para a história nacional, é relevante para o estudo fora do meio estritamente acadêmico e do ensino superior, haja vista que, por meio de uma melhor compreensão, há oportunidade de imersão em fatos e relações que enriquecem a visão acerca de diversas conjunturas mencionadas, além de destacar protagonismos importantes para prodigalizar uma maior consciência social e política, por um processo catártico cabível.

Para melhor aproveitamento das perspectivas e dos relatos expostos no capítulo, destaca-se a proposta de Walter Benjamin da “fisionomia às datas”, como forma de, assim como pretendido na construção dessa narrativa, não propagar fatos históricos de forma vazia e isolada, defendendo uma compreensão que relacione os fatos – de maneira polifônica e flexível – e que os insiram em processos. (PEREIRA, 2006) Em paralelo, propomos a inclusão da compreensão de Deleuze e Guattari sobre “rizoma”, ao conceber fatos como circunstanciais, afastando as certezas, pois a história e os momentos se amparam em mudanças, em per-

cepções, em multiplicidade, que merecem olhar atento. (BARRETO; CARRIERI; ROMAGNOLI, 2020)

## **RELAÇÃO DA FMB COM O CENÁRIO DE PANDEMIA DA COVID-19**

Como destacado ao longo do capítulo, a FMB foi atuante em diversos momentos históricos, com participação importante e influente nos cenários que se estruturaram, inclusive em outras pandemias, como as de febre amarela e cólera relatadas. Dessa forma, diante do contexto atual pandêmico, a FMB também teve envolvimento expressivo, produzindo conhecimento, proporcionando à sociedade profissionais que amparam esse momento e mantendo atividade mesmo com as adversidades vividas.

Como exemplo da atuação, pode-se mencionar a participação da FMB no Projeto Tele Coronavírus – um serviço de teletriagem organizado pela Fiocruz Bahia e pela UFBA, com apoio do governo do estado – com atuação de professores da faculdade, como Victor Nunes, Camila Vasconcelos, Manoel Barral-Neto e Ricardo Khouri. Além dessa ação, notas técnicas são propaladas, como a elaborada pelo grupo de trabalho do DMPS e do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, a fim de conceder orientações para prevenção da covid-19 no ambiente de trabalho, representando mais uma resposta da faculdade em meio aos anseios da sociedade. Ademais, o Complexo-Hupes – inserido na história da FMB ao longo do capítulo – disponibilizou leitos para pacientes com o novo coronavírus e inaugurou um ambulatório pós-covid-19 para pacientes curados com sinais e sintomas persistentes, além de realizar um protocolo de pesquisa de vacina da Jansen-Cilag. Também pode-se mencionar o dr. Roberto Badaró nesse cenário como exemplificação de formações que perpassam a faculdade e da influência que seus membros têm, pois o infectologista – graduado pela FMB e professor desta – é diretor do centro de referência contra covid-19 do Hospital Espanhol. Outro ponto a destacar da FMB frente à pandemia é a permanência de movimentação e de atividade, ao propor conhecimentos e reflexões, inserindo-se na condução da UFBA em prol da manutenção das aulas por modalidade *on-line* no Semestre Letivo Suplementar – no qual a matéria História da Medicina foi conduzida – e afirmando suas possibilidades mesmo com os obstáculos enfrentados.

## REFERÊNCIAS

(OS) ACONTECIMENTOS de ontem na Faculdade de Medicina desta Capital. *Diário de Notícias*, Salvador, p. 1, 23 ago. 1932.

ALENCAR, Gualter Martiniano Pereira de. *O protagonismo feminino na Faculdade de Medicina da Bahia: uma visão histórica*. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10426/1/Gualter%20Martiniano%20Pereira%20de%20Alencar.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

AMARAL, Marivaldo Cruz. Mulheres, imprensa e higiene: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). *História, Ciência e Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 927-944, 2008.

AZEVEDO, Eliane S. Comentários sobre a descoberta do mecanismo de herança da anemia falciforme. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 80, n. 3, p. 3-4, 2010.

BARRETO, Raquel de Oliveira; CARRIERI, Alexandre de Pádua; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O rizoma deleuze-guattariano nas pesquisas em estudos organizacionais. *Caderno EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 47-60, jan./mar. 2020.

BASTOS, Fernando; KRASILCHIK, Myriam. Pesquisas sobre a febre amarela (1881-1903): uma reflexão visando contribuir para o ensino de ciências. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 10, n. 3, p. 417-442, 2004.

BRASIL. Decreto-Lei nº 9.155, de 8 de abril de 1946. Cria a Universidade da Bahia e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 12 abr. 1946. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/del9155.htm#:~:text=DEL9155&text=Art.,superior%20e%20do%20seu%20Estatuto](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del9155.htm#:~:text=DEL9155&text=Art.,superior%20e%20do%20seu%20Estatuto). Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Decreto nº 6.096 de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm). Acesso em: 13 jan. 2021.

BRASIL. Decreto nº 19.851, de 11 abril de 1931. Dispõe que, o ensino superior no Brasil obedecerá, de preferência, ao sistema universitário, podendo ainda ser ministrado em institutos isolados, e que a organização técnica e administrativa das universidades é instituída no presente decreto, regendo-se os institutos isolados pelos respectivos regulamentos, observados os dispositivos do seguinte Estatuto das Universidades Brasileiras. *Diário Oficial da União*. Rio de Janeiro, 15 abr. 1931. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D19851.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20que%2C%20o%20ensino%20superior,isolados%20pelos%20respectivos%20regulamentos%2C%20observados](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D19851.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20que%2C%20o%20ensino%20superior,isolados%20pelos%20respectivos%20regulamentos%2C%20observados). Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Lei nº 452, 05 de julho de 1937. Organiza a Universidade do Brasil. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 10 jul. 1937. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1930-1949/10452.htm#:~:text=LEI%20No%20452%2C%20DE%205%20DE%20JULHO%20DE%201937.&text=Organiza%20a%20Universidade%20do%20Brasil.&text=Art.&text=UNIVERSIDADE%20DO%20BRASIL-,Art.,que%20forem%20previstos%20em%20lei](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/10452.htm#:~:text=LEI%20No%20452%2C%20DE%205%20DE%20JULHO%20DE%201937.&text=Organiza%20a%20Universidade%20do%20Brasil.&text=Art.&text=UNIVERSIDADE%20DO%20BRASIL-,Art.,que%20forem%20previstos%20em%20lei). Acesso em: 15 dez. 2020.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *A medicina baiana nas brumas do passado: séculos XIX e XX: aspectos inéditos*. Salvador: Contexto e Arte Editorial, 2002.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *70 anos de existência do Instituto Baiano de História da Medicina e Ciências Afins*. Salvador, 1948. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/212>. Acesso em: 2 jan. 2021.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *A educação médica brasileira no início do século XIX*. 2011. Conferência apresentada no 16º Congresso Brasileiro de História da Medicina, Ouro Preto, MG, 2011. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/196>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. 143 anos da Gazeta Médica da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 80, n. 2, p. 60-72, 2010a.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *O cerco e a invasão da Faculdade de Medicina da Bahia em 22 de dezembro de 1932 pelas tropas do interventor Juracy Montenegro Magalhães*. Salvador, [20--?]a. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/990>. Acesso em: 29 dez. 2020.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. Fechamento da Faculdade de Medicina e de Farmácia da Bahia, no Terreiro de Jesus, em 14 de junho de 1901 pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Epitácio da Silva Pessoa, sendo reaberta por Decreto de 19 de janeiro de 1902. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 80, n. 2, p. 57-69, 2010b.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *A história do ensino médico na Bahia de 1808 a 1908*. Salvador, 2014. Não publicado.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *A incipiente prática da arte dentária desde os tempos do Brasil-Colônia até a criação da Universidade da Bahia pelo Decreto-Lei nº 9.155, de 9 de abril de 1946, composta da Faculdade de Medicina da Bahia e Escolas Anexas de Odontologia e de Farmácia e de mais seis estabelecimentos de ensino superior que funcionava em Salvador*. 2013. Conferência apresentada no Conselho Regional de Odontologia da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/206>. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *A influência da medicina da França na formação da medicina da Bahia*. 2009. Apresentado no 14º Congresso Brasileiro de História de Medicina, Manaus, 2009. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/204>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *Notícias sinópticas – Parte IV - Grandiosos momentos no Salão Nobre da Faculdade de Medicina da Bahia, no Largo do Terreiro de Jesus*. Salvador, [20--?]b. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/989>. Acesso em: 5 jan. 2021.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *Nótulas sobre a “bibliotheca” da Faculdade de Medicina da Bahia, no Terreiro de Jesus, no período de 1841 a 1909*. Salvador, [20--?]c. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/480>. Acesso em: 29 dez. 2020.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *Regulamento do Instituto Vacínico da Província da Bahia, Brasil, apresentado em 19 de fevereiro de 1859*. 2008. Trabalho apresentado no 13º Congresso Brasileiro de História da Medicina Sociedade Brasileira de História da Medicina, Fortaleza, 2008. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/202>. Acesso em: 27 dez. 2020.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. Teria sido criminoso o incêndio da Faculdade de Medicina da Bahia em 1905. In: BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *A Medicina bahiana nas brumas do passado*. Salvador: Contexto e Arte Editorial, 2002. p. 317-322. Arquivos do Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/2801>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CHAUÍ, Marilena. A universidade pública sob nova perspectiva. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 5-15, dez. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782003000300002&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782003000300002&Ing=en&nrm=iso). Acesso em: 5 nov. 2020.

DALGALARRONDO, Paulo. Rubim de Pinho: fragmentos da psiquiatria transcultural. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 280-283, 2004.

DIAS, José Alves; PAIXÃO, Carlos Nássaro Araújo. Enquadramentos noticiosos e narrativas episódicas: imprensa e memória nas manifestações estudantis de 1932 na Bahia. *Cordis: dimensões do regime Vargas*, São Paulo, n. 18, p. 146-176, jan./jun. 2017.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. *Conheça a história do Hupes. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares*. [S. l.], 21 nov. 2018. Disponível em: [http://www2.ebserh.gov.br/web/hupes-ufba/noticias/-/asset\\_publisher/kolvfeKgK2VF/content/id/3656608/2018-11-conheca-a-historia-do-hupes](http://www2.ebserh.gov.br/web/hupes-ufba/noticias/-/asset_publisher/kolvfeKgK2VF/content/id/3656608/2018-11-conheca-a-historia-do-hupes). Acesso em: 17 dez. 2020.

FÉLIX JÚNIOR, Osvaldo Silva. A medicina da Bahia na Guerra do Paraguai. *Revista História & Perspectivas*, Uberlândia, v. 22, n. 41, p. 299-333, jul./dez. 2010.

FIGUEIREDO, Maria de Fátima Lorenzo. *Hospital Couto Maia: uma memória histórica (1853-1936)*. 2010. Dissertação (Mestrado em Ensino, Filosofia e História das Ciências) – Universidade Federal da Bahia, Universidade Estadual de Feira de Santana, Salvador/Feira de Santana, 2010.

FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. *Memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia*: relativas aos anos de 1916 a 1923 e 1925 a 1941. Salvador: UFBA, 2014.

Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/24837>. Acesso em: 17 dez. 2020.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; BOMFIM, Diego Espinheira; DULTRA, Lua Sá. O guardião perpétuo do diretório acadêmico de medicina da Bahia, Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 80, n. 1, p. 74-82, 2010.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro *et al.* Os acadêmicos de medicina e os 200 anos da Faculdade de Medicina da Bahia (I): da criação da escola em 1808 à participação na Guerra do Paraguai (1864-70). *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 1, p. 11-23, jan./jun. 2008.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; GELMAN, Ester. Juliano Moreira e a Gazeta Médica da Bahia. *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1077-1097, out./dez. 2008.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. A FAMEB e a revolução constitucionalista de 1932: a estratégia de 'spartacus' dos estudantes vence a ditadura. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL A MEDICINA NA ERA DA INFORMAÇÃO, 3., 2014, Salvador. *Caderno de resumos [...]*. Salvador: UFBA, 2014. v. 1, p. 63-64.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Galeria dos professores encantados. In: JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008)*: os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB. Salvador: FAMEB-UFBA, 2013a. v. 3, p. 1-299.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Juliano Moreira*: da Bahia para o mundo a formação baiana do intelectual de múltiplos talentos. Salvador: Edufba, 2019.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008)* Salvador: FAMED-UFBA, 2012. v. 2.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória Histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008)*: os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB. Salvador: FAMEB-UFBA, 2013b. v. 3.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. O protagonismo dos acadêmicos e das Acadêmicas de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia. In: JACOBINA, Ronaldo R. *Memória Histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008)*: os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB. B. Salvador: FAMEB-UFBA, 2013c. v. 3, p. 435-528.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Servidores Técnico-Administrativos da Fameb. In: JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória Histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008)*: os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB. Salvador: FAMEB-UFBA, 2013d. v. 3, p. 299-367.

LOPES, Juliana Serzedello Crespim. *Identidades políticas e raciais na Sabinada (Bahia, 1837-1838)*. 2008. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, 2008.

MONIZ, Gonçalo. *A medicina e sua evolução na Bahia*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1923.

NUNES, Antonietta d'Aguiar. A formação universitária na Bahia desde os tempos coloniais. In: TOUTAIN, Lídia Maria Brandão; SILVA, Rubens Ribeiro Gonçalves (org.). *UFBA: do século XIX ao século XX*. Salvador: Edufba, 2010. p. 19-57.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Campinas, v. 22, n. 4, p. 178-179, 2000.

OLIVEIRA, Eduardo de Sá. *Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.

PARAISO, Maria Hilda Baqueiro. *Caminhos de ir e vir e caminho sem volta: índios, estradas e rios no Sul da Bahia*. 1982. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

PEREIRA, Marcelo de Andrade. *O lugar do tempo: experiência e tradição em Walter Benjamin*. 2006. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

PET MEDICINA. *História do Pet*. Salvador, [200-]. Disponível em: <http://www.petmedicina.ufba.br/historia-do-pet>. Acesso em: 2 nov. 2020.

PINHEIRO, Alexander Magnus Silva. *Uma experiência do front: a guerra de Canudos e a Faculdade de Medicina da Bahia*. 2009. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SANTOS, Adailton Ferreira dos; FERRAZ, Márcia H. M. Saúde pública na Bahia: um dilema para a Faculdade de Medicina da Bahia no Segundo Império do Brasil. *Revista da História e Ensino*, São Paulo, v. 8, p. 20-38, 2013.

SANTOS, Malaquias Álvares. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia Relativa ao ano de 1854*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905.

SILVA, Anderson Luís. Santos. *Após a longa noite: as jornadas grevistas de 1975 na UFBA*. 2016. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

TAVARES, Luís Henrique Dias. *História da Bahia*. 10. ed. São Paulo: Ed. UNESP; Salvador: Edufba, 2001.

TEIXEIRA, Rodolfo dos Santos. *Memória histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus*. 3. ed. Salvador: Edufba, 2001.

TEIXEIRA, Rodolfo dos Santos. O caminho. *In*: TOUTAIN, Lídia Maria Brandão; SILVA, Rubens Ribeiro Gonçalves (org.). *UFBA: do século XIX ao século XX*. Salvador: Edufba, 2010. p. 61-92.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Atas da Congregação, 1816-1854*. Salvador, 1854. Arquivo Anselmo Pires de Albuquerque da Faculdade de Medicina da Bahia.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Actas da Congregação*. Salvador, 22 ago. 1932a. Arquivo Anselmo Pires de Albuquerque da Faculdade de Medicina da Bahia.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Actas da Congregação*. Salvador, 9 dez. 1932b. Arquivo Anselmo Pires de Albuquerque da Faculdade de Medicina da Bahia.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Ata da Congregação*. Salvador, 4 set. 2007. Arquivo Anselmo Pires de Albuquerque da Faculdade de Medicina da Bahia.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. Bibliotheca Gonçalo Moniz. *Histórico*. Salvador, [200-]. Disponível em: <http://www.bgm.fameb.ufba.br/historico>. Acesso em: 30 dez. 2020.

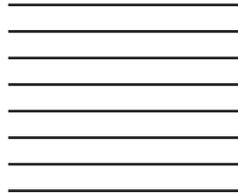
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Histórico*. Salvador, [20--?]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/institucional/historico>. Acesso em: 30 dez. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Reitores*. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/institucional/historico>. Acesso em: 30 dez. 2020.

VARIÉDADE: a mulher médica. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 3, p. 70-71, 31 out. 1868.

VELLOSO, Verônica Pimenta. Escola de Cirurgia da Bahia. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa De Oswaldo Cruz. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, [2002]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escirba.htm>. Acesso em: 28 out. 2020.





## 4

# A JUVENTUDE E O ESTUDANTE: UMA HISTÓRIA DA GÊNESE DOS PROTAGONISMOS

*Silvio Romero da Silva Larangeira Junior*  
*José Gabriel Sampaio Sales Filho*  
*José William Oliveira dos Santos Justa*

### INTRODUÇÃO

Este é um convite para a análise dos protagonismos estudantis a partir da sua genealogia e atuação político-histórica. Muitas vezes, as várias formas de militância estudantil foram preteridas por historiadores e sociólogos especializados neste campo. A falta de referências históricas e distâncias prejudica tanto a análise quanto a síntese: onde o sociólogo vê de “novidade”, o historiador pode, ao contrário, apontar recorrências.

Ao longo de dois séculos, a participação dos estudantes na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) se transformou, enquanto organização e militância, de acordo com os problemas estruturais e pretensões políticas inerentes à sua época. Dessa forma, usando os movimentos estudantis da França de 1968 como base para uma comparação internacional, este capítulo explora o desenvolvimento dos movimentos estudantis autônomos e lança à luz sobre o papel desempenhado pela democratização do ensino superior nos movimentos estudantis e na sociedade em geral.

O desafio deste texto, portanto, é identificar as mudanças históricas, entender as causas e os efeitos e buscar nisso as ferramentas para interpretar a juventude estudantil do nosso próprio tempo. Com vista ao preenchimento desta lacuna, busca-se escavar as transformações ao longo dos protagonismos estudantis, para destacar as especificidades da situação do estudante dentro da categoria mais ampla de jovens.

Vale destacar: aqui não é feito um diálogo estreito com o movimento estudantil na FMB, uma vez que o protagonismo dos acadêmicos seria abreviado, omitindo episódios importantes dessa instituição que, por vezes, se mesclaram com acontecimentos histórico-políticos do país.

Como uma das expressões do protagonismo estudantil – e, por muito tempo, seu termômetro –, o Diretório Acadêmico de Medicina (Damed) continua apresentando-se como uma das principais possibilidades de inserção e atuação para uma parcela dos jovens estudantes que horizontam melhorias institucionais, na competência estrutural, política e curricular. Para estes, o ingresso na universidade e a participação na vida universitária, como escreveu Foracchi (1972, p. 74-75),

[...] representam uma situação nova... abrem-se horizontes de participação que são novos pelas oportunidades que o jovem encontra de conviver com outros que compartilham dos seus problemas, envolvendo-se, na busca comum das alternativas desejadas, criando compromissos semelhantes com a condição que, no momento, define as suas vidas e que é a condição de jovem.

Diferentemente das décadas passadas, porém, em que o movimento estudantil era um dos poucos meios de expressão política dos jovens, a partir dos anos 2000, na FMB, os estudantes passaram a contar com múltiplos e diferenciados canais. Para além do diretório acadêmico, novas formas de representação estudantil assumiram protagonismos com a criação de coletivos identitários, associação atlética, ligas acadêmicas, Programa de Educação Tutorial (PET), entre outros. Esses movimentos de cunho cultural, esportivo e acadêmico são novos espaços de inserção dos jovens e expressão de outras demandas da juventude, bem como de outras formas organizativas; para além disso, sinalizam a emergência de novos

atores juvenis que atuam nos mais diversos campos, construindo coletivamente o ambiente público para que atendam às suas necessidades e das instituições.

## **GENEALOGIA DOS PROTAGONISMOS ESTUDANTIS**

As organizações estudantis, em sua imensa maioria, são compostas por jovens estudantes, que energicamente se dedicam às melhorias na educação e no tecido social. Ao analisar histórica e fisiologicamente, constitui uma característica essencial à juventude, a necessidade de projetar seu inconformismo às injustiças elegidas por ela, utilizando do próprio idealismo e da esperança para reformar o mundo. Assim, os movimentos estudantis são constantes depositários de uma atitude e vocação libertária juvenil.

Arthur Poerner, jornalista prestigiado e intérprete da própria história que escreve, faz o retrato do estudante não apenas sob o ponto de vista acadêmico-escolar. Em seu livro *O poder jovem: história da participação política dos estudantes brasileiros* (2004), mostra que a juventude empenhou sua vida, ou boa parte dela, no ensaio de assegurar no Brasil um sistema educacional que promova a igualdade, a fraternidade e a dignidade da condição humana.

Poerner vai além: retrata, com lealdade, a vinculação da atuação dos estudantes com as lutas político-históricas do Brasil, desde os tempos de colônia aos governos pós-redemocratização. É evidente que a trajetória do movimento estudantil, na história do mundo moderno, segue colateral à vida política na qual se insere e, muitas vezes, com ela se confunde ou toma o protagonismo. Portanto, não há nenhum exagero em afirmar que, no Brasil, os estudantes em muitos momentos estiveram à frente de seu tempo, descortinando o futuro; compelindo transformações de rumos; e rechaçando, em muitos momentos, objeções reacionárias.

## **O INÍCIO, O FIM E O MEIO**

Este capítulo não visa cobrir todos os acontecimentos históricos em que acadêmicos de Medicina foram protagonistas, mas traçar os principais. Desse modo, almeja-se a instigação no leitor não apenas do desejo de buscar por mais, mas principalmente a inspiração necessária para mudanças decorrentes da consciência de ser um *agente* ativo da história.

Não seria exagero afirmar que a história do protagonismo estudantil na FMB se confunde com a história do Brasil. Ao longo da trajetória dessa instituição, seus alunos estiveram envolvidos em guerras (internacionais e regionais), em desobediência contra ditaduras e, sobretudo, na busca incessante pelo aperfeiçoamento do ensino médico.

Ao contrário do imaginário popular de uma FMB pautada pelo conservadorismo, esta escola médica, ao longo da sua história, protagonizou episódios de grande relevância no cenário local e nacional por meio de discentes progressistas e com responsabilidade social. Mais preciso do que afirmar uma das posições em um cenário preto e branco, é explicitar que o progressismo e o reacionarismo (e racismo) caricaturado de conservadorismo, em diversos momentos, confraternizaram com o mesmo espaço.

Quem chega ao Anexo I da Faculdade de Medicina da Bahia – nomeado Dra. Rita Lobato Velho Lopes –, por exemplo, rapidamente se depara com um recinto chamado de “Cardozão”. Essa é uma homenagem a Sérgio Cardozo Affonso de Carvalho, o eterno estudante (1858-1933), que, assim como Rita Lobato – protagonista pela sua história como primeira médica diplomada no Brasil –, constituem como parte memorial e física da FMB. Sérgio, ainda como estudante de Medicina, entregou-se à causa abolicionista. Entre alguns de seus feitos, ele foi responsável, segundo Carlos Chiacchio, por alguns resgates de escravos em senzalas. Contudo, uma das suas empreitadas heroicas resultou na sua saída do curso de graduação de Medicina.

Em 1883, Sérgio Cardozo resgatou Lino Caboto, um menino escravizado, de um navio inglês ancorado em Salvador e o devolveu a seus pais. João Maurício Wanderley, o poderoso Barão de Cotegipe, então presidente do Senado, pretendia levar o garoto ao Rio de Janeiro para ser dado de presente a um amigo e contestou; com a ajuda da polícia, recapturou Lino Caboto, mas, diante da repercussão pública, desistiu de levá-lo à corte. Esse ato abolicionista não foi bem-visto por alguns professores da FMB, que apoiaram o Barão de Cotegipe. Um destes era Adriano Alves Lima Gordilho, lente na cátedra de Partos, e nomeado para examinar as teses dos formandos. Embora não haja um registro direto, o autor Ronaldo Ribeiro Jacobina (2008b) levanta a hipótese de que Sérgio Cardozo desistiu do curso para evitar a retaliação por parte de professores que provavelmente reprovariam a sua tese. Embora não tenha concluído o curso, isso não o impediu de continuar com a prática médica. Num período em que não se previa o crime de exercício ilegal da profissão, Sergio Cardozo, mesmo sem estar diplomado, atuou na cidade de Santo Amaro (Bahia), no distrito de Berimbau (atual município de Conceição de Jacuípe), como médico prático, atendendo gratuitamente pessoas em vulnerabilidade social.

Sérgio Cardozo é apenas um dos exemplos individuais de militantes da causa abolicionista que passaram por essa escola médica. De maneira coletiva, cabe destaque aos estudantes de Medicina, que, em 1852, fundaram a Sociedade Abolicionista Dois de Julho.

Essa associação arrecadava fundos para alforriar os escravos e, em algumas ocasiões, os ajudava a fugir em um período em que o sentimento abolicionista ainda estava amadurecendo. Em anos posteriores, outras entidades que aspiravam o

fim da escravidão surgiram, como a Sociedade Libertadora Sete de Setembro em 1869, que tinha como sócios fundadores médicos e docentes da FMB, e a Sociedade Libertadora Bahiana em 1883, que tinha como seus membros alguns médicos e o supramencionado Sérgio Cardozo. (JACOBINA et al., 2008)

Nota-se que a história da organização estudantil precede a entidade, como destaque a mobilização no final do século XIX que fiscalizou a banca do concurso que Juliano Moreira era candidato. (MEMORIAL PROFESSOR JULIANO MOREIRA, 2007) Neste episódio, havia a possibilidade de Moreira não ser aprovado, por motivações raciais, e o alunado, liderados pelo acadêmico de Medicina Afrânio Peixoto, inibia qualquer movimentação tendenciosa da banca. (PEIXOTO, 1933)

No Brasil, o movimento estudantil como compreendemos passa a existir somente a partir da criação, extraoficialmente, da União Nacional dos Estudantes (UNE), em 11 de agosto de 1937, quando alcançou a centralização. Isso não significa que anteriormente à sua formação, a participação estudantil na vida política brasileira não tenha existido. Para Arthur Poerner, essa participação, muitas vezes marcada “pela regionalidade, transitoriedade e especificidade de seus objetivos”, precede até mesmo a independência do país. Nesse sentido, um exemplo embrionário do movimento estudantil seria o pioneirismo da supracitada Sociedade Abolicionista Dois de Julho. (POERNER, 2004)

Durante o Período Imperial, o Brasil esteve implicado no confronto com o maior número de mortos na América do Sul. Foi a Guerra do Paraguai (1864-1870), travada entre a Tríplice Aliança, composta pelo Brasil, Argentina e Uruguai, e o Paraguai. As causas prévias foram múltiplas, como desentendimentos nas bordas, em especial quanto a liberdade de navegação nos rios fronteiriços, rivalidades históricas e disputas entre facções locais na Argentina (federalista e unitaristas) e no Uruguai (*blancos* e *colorados*). (SOUZA, 1969)

Em 1864, o ditador paraguaio Solano López ordenou que o navio brasileiro Marquês de Olinda fosse apreendido e os passageiros tomados como prisioneiros. A bordo, estava o recém-nomeado presidente da província de Mato Grosso. No mês seguinte, sem uma declaração formal de guerra, tropas paraguaias invadiram o Mato Grosso e, mais tarde, o Rio Grande do Sul.

Essa invasão ao Brasil sem declaração bélica indignou os brasileiros e tornou mais fácil o recrutamento para conflito. Dentre esses voluntários, houve a participação de 16 acadêmicos da FMB no ano de 1865 que, segundo Jerônimo Sodré Pereira (apud JACOBINA et al., 2008), prestaram socorro aos irmãos que defendiam a integridade e honra nacional.

Os soldados socorridos eram mortificados não apenas pelos ferimentos decorrentes do combate, mas principalmente por doenças decorrentes da má alimentação e condições de higiene. Segundo Dourado (2010), uma dessas moléstias era a cólera

que, com outras doenças, resultou em mais mortes que as próprias ações bélicas. Com o agravamento da pandemia desta doença em 1866, novos docentes – todos, exceto um, eram da FMB e uma quantidade numerosa de acadêmicos de Medicina – foram prestar ajuda às forças armadas brasileiras. Infelizmente, nove destes estudantes não retornaram, tendo perdido a vida no campo de batalha.

Uma das consequências deste conflito, segundo o prof. Luiz Anselmo da Fonseca (1988), foi despertar o interesse de acadêmicos e professores pelos estudos práticos. Demétrio Cyriaco Tourinho, memorialista de 1870, enumerou suas críticas como a falta de ensino prático, a ausência de laboratórios, o ensino excessivamente teórico da clínica operatória, a necessidade de uma casa de maternidade para a prática de partos, o desprovimento de meios para qualquer experiência em Fisiologia, entre outros problemas que a FMB enfrentava. (TOURINHO, 1971)

A cólera foi responsável por outra tragédia na nossa história no período entre 1846 e 1860. Com início fora do Brasil, uma pandemia atingiu a Bahia no meado de 1855. Em seu livro *O inimigo invisível*, Onildo David (1996) conta que aqui a doença teve seus primeiros casos em caçadores de baleias no Rio Vermelho para então se espalhar para outras partes de Salvador e do Recôncavo Baiano.

A FMB suspendeu suas atividades para que os professores e alunos colaborassem no combate à pandemia. Muitos deles foram enviados para o interior do país, onde desempenhavam as tarefas de cuidar dos doentes, enterrar os cadáveres e desinfetar as casas destes. Nesse ato que exemplifica o heroísmo da profissão, morreram 2 professores e 11 acadêmicos.

Além da Guerra do Paraguai, agora durante o início da República, os estudantes de Medicina se viram envolvidos em outros confrontos bélicos. Durante a Guerra de Canudos (1896-1897), acadêmicos da FMB se voluntariaram em dois grupos para ajudar aos feridos republicanos e a população em geral. No primeiro, embarcaram 27 estudantes e, no segundo grupo, 14 estudantes. Embora pareça contraditório que a categoria esteja envolvida em guerras, visto que a Medicina parece uma prática oposta à característica militar, cabe destacar que muitos desses aspirantes a médicos eram motivados pela possibilidade de prover assistência aos lesionados. Lá, porém, presenciaram por parte dos militares republicanos um verdadeiro massacre. O acadêmico Alvim Martins Horcades, por exemplo, em seu livro *Descrição de uma viagem a Canudos*, publicado em 1899, conta sobre a degolação de quase todos os prisioneiros, além de assassinato de mulheres e crianças, situações que descreveu, respectivamente, como o “*auge da miséria*” e “*o maior dos barbarismos e dos crimes monstruosos que o homem pôde praticar*”. (HORCADES, 1899 apud JACOBINA, 2013, p. 431, grifo do autor)

No início do século XX, mais uma luta foi travada, dessa vez em forma de greve, pelos estudantes da FMB. Para entender o que motivou a paralisação, é necessário

saber que, em 1º de janeiro de 1901, foi aprovado, pelo Decreto nº 3.890, o Código dos Institutos Oficiais do Ensino Secundário e Superior. Este foi referendado pelo então ministro da Justiça e Negócios Interiores, Epiácio da Silva Pessoa, que em 1919 se tornaria presidente do Brasil. O que não se esperava era reação por parte de docentes e acadêmicos, pois essa reforma do ensino trazia alguns problemas, como a falta de resolução das questões anteriores, o favorecimento na admissão de alunos mal preparados, diminuição da autonomia institucional e o fisiologismo político.

Segundo Antônio Carlos Britto (2010), professor honorário da FMB, o principal motivo que levou à greve foi a recusa insensível, por parte do diretor José Olympio, em abonar as faltas dos estudantes que foram recepcionar o aluno Alvim Martins Horcades, que, três dias antes, foi ao Rio de Janeiro manifestar o desacordo da classe estudantil com a supracitada reforma de ensino. Quando os discentes foram pedir o abono ao diretor, ele, de acordo com os alunos, bateu brutal e grosseiramente as portas da secretaria. No entanto, a versão para a greve, apresentada pelo diretor na congregação de 7 de junho de 1901, foi que o seu início se deveu à sua recusa em aprovar “umas férias, como costumavam fazer nos anos anteriores” aos acadêmicos.

Com um embrião a partir da crise nacional, surgiu o exacerbamento em Salvador. Um movimento social, organizado por estudantes de Medicina e Farmácia, passou a realizar campanhas nas ruas e na imprensa. Perante a recusa dos estudantes de voltarem às aulas, Epiácio Pessoa ordenou o fechamento da FMB por tempo indeterminado, que, na noite seguinte, ficou guardada por um contingente da cavalaria policial.

Após quase dois meses de greve, em 1º de agosto, o diretor prof. José Olympio pediu exoneração do cargo. No dia 6 de agosto, os estudantes fizeram uma passeata para celebrar, além da exoneração do diretor, a saída do ministro Epiácio Pessoa. Mesmo após a saída de ambos, a faculdade só foi reaberta em 5 de fevereiro de 1902 e as aulas só retornam em 17 de maio do mesmo ano.

Outro acontecimento relevante aconteceu durante o governo provisório de Getúlio Vargas. A Faculdade de Medicina foi centro de um episódio hediondo. Em São Paulo, estava ocorrendo a Revolução Constitucionalista, que lutava contra o governo que no ano anterior extinguiu a Constituição republicana. Era um movimento dividido, pois uma parte buscava o regresso para o regime oligárquico da República Velha, com maior poder para as oligarquias locais, enquanto uma outra parte intentava a construção de um Estado democrático e constitucional.

Na Bahia, um grupo significativo de professores e estudantes apoiaram a causa constitucionalista. No dia 13 de agosto de 1932, professores e alunos, de Medicina, Direito e Engenharia, assim como um expressivo número de alunos do

Ginásio da Bahia (que mais tarde viria a se tornar o Colégio Central), se reuniram no Anfiteatro Alfredo Britto, da FMB. Lá, professores e alunos dos cursos citados proferiram discursos em apoio ao movimento constitucionalista e exigiam o retorno ao regime legal. O próprio diretor da FMB, o prof. Aristides Novis, enalteceu a manifestação como ordeira e disciplinada, além de ressaltar a tradição liberal daquela instituição. (BRITTO; JACOBINA; PARAÍSO, 2021)

Adicionando mais desconforto ao governo vigente, dois dias depois, os alunos do Ginásio da Bahia decidiram decretar greve contra a realização de provas parciais. No dia 18 de agosto, os estudantes de Medicina mais uma vez se declararam simpáticos ao movimento de reconstitucionalização imediata do país. Por conta da proibição de manifestações coletivas pelo regime, muitos dos jovens foram agredidos pela polícia. Os alunos do Ginásio da Bahia, para fugir da perseguição, abrigam-se, na manhã de 22 de agosto, no edifício da Faculdade de Medicina.

O estopim da crise foi o hasteamento, no Terreiro de Jesus, de uma bandeira branca que afirmava “Faculdade Livre”. Lideranças estudantis discursavam, na sacada da faculdade; ao mesmo tempo, realizava-se uma reunião de congregação (na qual o prof. Gonçalves destacou a solidariedade dos estudantes da FMB para com os alunos do ginásio), quando tiros foram disparados pela polícia em direção às janelas do edifício. Em resposta, foram efetuados disparos contra a polícia, e a confusão culminou em várias pessoas feridas e uma morta. Os estudantes prenderam um guarda civil, acusado de ser o responsável pela fatalidade, mas o soltaram por solicitação de um professor.

No final da tarde, a Faculdade de Medicina estava cercada pela força pública, além dos bombeiros e guarda civil. Nas proximidades, as ruas foram interditadas às pessoas e aos veículos. Diante da ameaça de ocupação militar do prédio e, através da mediação de professores, os acadêmicos se renderam, por volta das 22 horas.

Quando o interventor, tenente Juracy Magalhães, exigiu que se apreendessem os culpados, todos os estudantes assumiram a integral responsabilidade pelo que aconteceu. Assim, um pouco mais que 500 estudantes (514 para ser fiel aos registros) se renderam e foram conduzidos para a penitenciária do Engenho da Conceição e para as diversas delegacias da capital, pois o presídio ficou abarrotado. Alguns professores (seis nos registros) são colocados em prisão domiciliar.

No dia seguinte, como forma de protesto, todos os dirigentes da FMB renunciaram coletivamente ao cargo. O ato recebeu apoio de alguns políticos baianos, de personalidades importantes, além de organizações médicas, como a Sociedade de Medicina da Bahia e Sociedade Médica dos Hospitais. Pouco tempo depois, todos os estudantes foram soltos.

Ainda naquela década, no ano de 1936, o movimento estudantil se estabelecia numa nova luta: a criação de um hospital-escola. Desta forma, criou-se o Núcleo

Acadêmico Pró-Hospital das Clínicas, com a participação massiva dos alunos do quinto ano do curso médico. Esse núcleo se empenhou em traçar um amplo programa de ações, que se iniciava com o lançamento no rádio e na imprensa da época. Esta foi uma luta vitoriosa pois, em outubro de 1938, foi lançada a pedra fundamental do Hospital das Clínicas pelo diretor da FMB, prof. Edgard Santos.

No entanto, o hospital só foi inaugurado mais de uma década depois, em 21 de novembro de 1948, quando já estava criada a Universidade da Bahia. Numa homenagem ao antigo reitor, o hospital recebeu, posteriormente, o nome de Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) e, nos anos 2000, tornou-se Complexo-HUPES, articulado com Ambulatório Magalhães Neto e o Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira.

Além disso, nesse entretempo, no início dos anos 1940, diversos comícios realizados em vários bairros e no Centro de Salvador em prol do fortalecimento do sentimento antinazifascista e da solidariedade aos Aliados tiveram a articulação do movimento estudantil na FMB. (JACOBINA, 2013b) Essas organizações antifascistas não aceitavam uma simples declaração formal do presidente na época, cobravam uma participação efetiva do país na guerra ao lado dos Aliados. Com destaque, se tem a Legião dos Médicos para a Vitória, com participação de professores, profissionais médicos e maciça participação dos alunos de Medicina, criada em 1942, após a entrada do Brasil na Segunda Guerra Mundial. Em 2 de maio de 1945, a queda do sistema de governo nazista em Berlim causou uma comoção na Bahia, e uma comemoração nomeada de “Carnaval da Vitória” foi feita na Praça da Sé. (SANTANA, 1942)

No protagonismo estudantil na organização da luta, inclusive deste evento, que teve papel relevante a União dos Estudantes na Bahia, registre-se a atuação destacada do acadêmico da FMB Álvaro Rubim de Pinho, que depois se tornou professor catedrático de Psiquiatria, com relevante presença na Psiquiatria brasileira. (JACOBINA, 2013b)

Desta forma, os arredores da FMB serviram de palco para calorosos e agitados debates, e até mesmo guerras e lutas armadas, que definiram decisivamente a infraestrutura da faculdade e mudanças do cenário social e político da cena baiana e nacional.

## **O DIRETÓRIO ACADÊMICO DE MEDICINA: A FOZ E SEUS AFLUENTES**

Antes mesmo de conhecer o nascimento do Damed, é necessário antes considerar as duas organizações estudantis que deram origem à sua formação. A primeira é a Sociedade Beneficência Acadêmica (SBA), que tem a licença para funcionamento concedida em 11 de setembro de 1867 pelo Decreto nº 3.944. A partir do seu

estatuto, podemos atestar que tinha a finalidade de prestar auxílios aos estudantes dos cursos de Medicina e Farmácia que “por deficiência de meios pecuniários experimentarem embaraço em seus estudos”. Eram permitidos como sócios apenas “os estudantes da Escola de Medicina da Côrte, os Doutores em medicina e os Pharmaceuticos”. A segunda organização estudantil, que não tem data de fundação conhecida, é a Sociedade Acadêmica Alfredo Britto. Esta tinha como finalidade fomentar a cultura e o desenvolvimento do estudante de Medicina. (JACOBINA, 2013a)

A SBA continuou ao longo dos anos finais do século XIX e início do século XX, coexistindo por um breve período com o Damed. Dentre os cargos da sociedade, havia o de representante junto ao Damed, o que destaca a diferença e complementaridade das funções. Enquanto o diretório estava voltado para a representação política dos acadêmicos, a SBA concentrava-se nos estudantes com dificuldades socioeconômicas.

Em 11 de abril de 1931, o Decreto Federal nº 19.851 passa a estabelecer diretrizes para o ensino superior. Dentre elas, consta a existência dos diretórios acadêmicos, reconhecidos como o órgão de representação dos estudantes em seu respectivo instituto. Em 05 de maio de 1941, com base no decreto federal, é aprovado o estatuto que dá origem ao Diretório Acadêmico da Faculdade de Medicina da Bahia e Escolas Anexas de Farmácia e Odontologia.

A partir de 1939, cessam os registros históricos da SBA e, de igual modo, em um momento ainda não determinado, acontece o mesmo com Sociedade Acadêmica Alfredo Britto. Uma hipótese é que as funções dessas organizações acabaram sendo incorporadas pelo Damed. Como evidência que sustenta esse pensamento, destaca-se que o decreto federal de 1931, por exemplo, especifica que cada diretório será constituído por três comissões: “1ª, comissão de beneficência e previdência; 2ª, comissão científica; 3ª, comissão social”. Outro acontecimento é que a Festa do Estetoscópio, patrocinada pela Sociedade Acadêmica Alfredo Britto, passa a ser patrocinada pela comissão social do Damed. Ainda é assunto de debate se a extinção dessas organizações realmente se deve ou não à incorporação ao diretório; o indiscutível, contudo, é que, ao longo da história, o Damed tenha exercido, concomitantemente às suas atividades políticas, atividades beneficentes e culturais.

Os anos que sucedem a criação do Damed, foram marcados por diversas insatisfações que visavam a melhoria institucional. Já nesta época era nítida a insatisfação dos estudantes pelas aulas enunciadas com baixíssimo volume, às vezes com duração excessiva e, o mais destacado, fato de serem meramente teóricas, com escassas lâminas para o estudo da Anatomia Patológica. (JACOBINA, 2013a) Para além dos posicionamentos políticos, o movimento estudantil sempre se posicionou por melhores condições para a formação médica: reestruturação

curricular e conquistas de infraestrutura da faculdade, chegando a realizar diversos protestos e paralisações, inclusive depois do golpe militar de 1964, marcado pela sua severa repressão.

## **TERRA EM TRANSE: RECRUDESCÊNCIA DA BARBÁRIE E O FRENTISMO CULTURAL**

Um curto período da história do país marcado pelo desenvolvimento nacional, avanços sociais e a iminência das “reformas de base” – como fiscal, administrativa, universitária e agrária –, um forte avanço para a classe trabalhista, incomodava setores mais conservadores da população e setores da classe média. Essa tensão derrocou no fatídico dia 1º de abril de 1964, que dava início à autoritária Ditadura Civil-Militar.

Isso fez com que o movimento estudantil na Faculdade de Medicina tomasse novos rumos, inclusive na sua representatividade. Ao examinar as atas das sessões da congregação dos meses que iniciam 1964, o prof. Ronaldo Jacobina constatou a presença do nome de dois representantes do Damed. Como exemplo: a sessão da congregação, em 31 de março de 1964 – antes do golpe militar –, que aparece o recorrente problema da Anatomia Patológica, onde um desses representante da “classe estudantil”, noticiava a insatisfação dos alunos do 3º ano do curso com o ensino da disciplina, referindo a “incapacidade didática, física e de relações humanas do professor”. (JACOBINA, 2013a, p. 456) Na sessão da congregação seguinte, em 29 de abril de 1964, não aparecem mais aqueles nomes como representantes da “classe estudantil” e sim o novo presidente do Damed. Nesta sessão, o então diretor da FMB dava as boas-vindas aos novos representantes, dizendo esperar “um trabalho sadio e disciplinado”, inclusive anexando em ata um abaixo-assinado dos acadêmicos de Medicina, informando que os antigos representantes do Damed “não representam a opinião dos estudantes desta casa”, no qual não são encontradas as supostas assinaturas. (JACOBINA, 2013a) O historiador Anderson Luís Silva, registrou, em sua tese de mestrado, um posicionamento público, no dia 15 de abril de 1964, que o “novo” diretório manifestava apoio “em face aos últimos acontecimentos políticos”, num grande jornal da época. (SILVA, 2016)

Inicialmente reprimido, somente em 1968 vieram os ventos franceses de maio do mesmo ano, que, não por mimetismo, se desdobram numa série de lutas em várias capitais brasileiras. Diante deste processo, um ponto de partida possível é a morte do estudante carioca secundarista, Edson Luís, em 25 de março de 1968. Os estudantes se posicionaram contra a política educacional do Regime Militar e a reivindicação por “mais verbas”, o que era algo bem distante do que acontecia no cenário parisiense. (BUENO, 2003) Ainda neste ano, forças policiais invadem

a FMB, que estava sob ocupação dos estudantes, para agredir e prender os alunos – muitas vezes acolhidos e escondidos pelo barbeiro Seu Bina, Pedro Benedito de São José, “O Guardião Perpétuo do Diretório Acadêmico de Medicina da Bahia” – que desafiavam a repressão. (JACOBINA; BOMFIM; DULTRA, 2010; JACOBINA, 2013b)

Como resposta, veio a ofensiva do Regime Militar, o Ato Institucional nº 5 (AI-5), em dezembro de 1968, o “golpe dentro do golpe”, e o Decreto nº 477, em 1969, que colocava todos os movimentos estudantis na ilegalidade, porém a UNE e os Diretórios Centrais dos Estudantes (DCE) continuaram seus trabalhos clandestinamente.

No ano de 1971, pouco antes da transferência da faculdade para o prédio Anexo I no Vale do Canela, a sede do Damed, ainda no prédio do Terreiro de Jesus, foi depredada pela polícia do exército. Também foram presos vários estudantes, inclusive o coordenador do diretório, e grande parte do acervo de documentos fora destruído ou levado pelos militares. (JACOBINA, 2013a) Posteriormente, o mimeógrafo, onde eram rodados os panfletos, também teria sido confiscado pelo diretor da faculdade.

Diante do endurecimento, era necessário que estudantes mudassem o protagonismo da sua militância política e reposicionassem suas atuações: a cultura – marcada pelo tropicalismo na época – era uma alternativa para aquela juventude estudantil. Fato interessante no passado, como aponta Arthur Poerner (2004), que amornou a cena brasileira, a Declaração da Maioridade em 1840 do imperador Pedro II, reabre aos estudantes as portas da literatura, propiciando ao desenvolvimento de um movimento literário que elevaria à glória poética os universitários Castro Alves e Álvares de Azevedo. Nesse sentido, durante a Ditadura Militar, mas com o cenário impositivamente amornado pela repressão policial, restava para os diretórios acadêmicos, como o próprio Damed, a realização apenas de atividades lítero-artísticas.

## **O SER REVOLUCIONÁRIO: DA JUVENTUDE E DO MOVIMENTO ESTUDANTIL**

Para entendimento dos eventos expostos, faz-se necessária aqui uma pequena imersão teórica para a compreensão dos fatos comentados. É preciso caracterizá-las no intuito de compreender a situação na qual estão inseridas e, principalmente, a figura do jovem nesse momento.

Importante tendência já desde o século XIX, a juventude começou a surgir como camada social, assim, o jovem emergiu como “ator consciente de si mesmo” (HOBSBAWM, 1998, p. 318), tornando-se protagonista de mobilizações sociais. Esses foram reconhecidos como nova geração, não como fase transitória para a vida adulta, passando a compor, com enorme força, a economia de mercado na condição de potenciais consumidores e como indivíduos mais adaptáveis às

tecnologias. Sua crescente importância se destaca na relevância atribuída ao movimento estudantil, principalmente no final da década de 1960, que propulsionou diversas mobilizações no quadro internacional, como as barricadas em Paris em volta da Universidade Sorbonne, a conseqüente deflagração da greve geral proveniente da aliança entre os estudantes e trabalhadores franceses, e, no Brasil, a famosa “Passeata dos Cem Mil”.

Theodor W. Adorno (1969), pensador da Escola de Frankfurt, discorre em suas obras sobre o movimento estudantil de maio de 1968 ocorrido na França. Para ele, era fundamental que a juventude e o movimento estudantil se fizessem atuantes. Uma das questões mais importantes em seu pensamento é sua dimensão política, que fornece ferramentas conceituais e analíticas fundamentais para a análise do tempo presente. Nesse contexto, coloca-se a importância da relação entre teoria e prática políticas. A teoria não pode submeter-se à prática, pois, se assim o fizesse, estaria condenando a si mesma. Essa é uma prática intelectual, visto que a transformação da consciência é também a transformação da realidade social que fluiu com as tendências tecnopositivistas que produziram a recaída na barbárie, como Auschwitz e Hiroshima.

No Brasil, os militares implantaram um novo projeto de universidade, não mais voltado ao desenvolvimento nacional, mas para fornecer “recursos humanos” subordinados ao governo autoritário vigente. Essa universidade, pensada pela burguesia liberal, não era nada libertadora, pelo contrário, concentrava o poder nas mãos da burocracia acadêmica, a qual estava fortemente atrelada aos interesses das classes dominantes. Nessa lógica, nem os estudantes e nem a classe trabalhadora participavam das decisões, sendo objeto do modelo para atender as necessidades de mão de obra especializada.

Em *Educação após Auschwitz*, Adorno (1995a) ressalta a necessidade de reflexão sobre o passado, procurando reconhecer os mecanismos que tornaram políticas totalitárias possíveis. O autor discute a necessidade de uma educação que se oponha ao processo não civilizatório. Esta deve ser a premissa de toda a educação, “opor-se àquilo que foi Auschwitz”, no âmbito moral, ético e científico – e extrapolando para o contexto brasileiro, se opor a qualquer estrutura que perpetue a lógica autoritária e repressiva do que foi o Regime Militar –, expressão da regressão à barbárie que continuará existindo enquanto permanecerem presentes as condições que a propiciaram. Portanto, pensar sobre o totalitarismo e suas manifestações expressas, não a partir da negação, mas como algo que deve ser compreendido, para que a história não se repita; para que não seja mais possível a experiência do horror.

Otto Maria Carpeaux (1965), austríaco naturalizado brasileiro, na sua atuação como jornalista e historiador-literário, redigiu artigos acerca do anacrônico totali-

tarismo da então nova ordem militar, participando de debates e eventos políticos. Ele escreveu em editoriais da época que a persistência é, “sem tirar nem pôr”, uma característica intrínseca da história do movimento e previa que, em outros períodos históricos, os movimentos estudantis viriam novamente. (CARPEAUX, 1965) E, *profeticamente*, vieram nos finais dos anos 1960 na Europa e no Brasil. No entanto, Carpeaux não sabia que, em 1968, passaria a noite inteira velando o corpo de um secundarista, nos anos de chumbo da Ditadura Militar.

## **PROIBIDO PROIBIR: A LUTA E AS JORNADAS GREVISTAS**

Após os anos de chumbo, e com relativo enfraquecimento do ainda funesto Regime Militar, vieram as manifestações, em meados da década de 1970, que, com muita ousadia e coragem, protagonizaram os jovens estudantes daquele período. Em caráter nacional, a primeira delas foi a Greve dos Estudantes de Medicina da UFBA, que garantiu o caráter público e universal do Hospital das Clínicas, o HUPES, em 1975, ano que cerca de 12 diretórios da UFBA estavam fechados, sendo um marco inicial da retomada do movimento estudantil à cena política brasileira, na conjuntura da Ditadura Civil-Militar, durante a chamada “distensão lenta e gradual” dando fôlego, posteriormente, a greve contra o jubramento na UFBA – contra o desligamento arbitrário de alunos pela falta de vagas na universidade –, considerada uma das principais lutas do momento estudantil na Bahia. (SILVA, 2016)

As greves do Hospital das Clínicas são marcadas pela manutenção do caráter público, na década de 1970, e tiveram um forte apoio de lideranças acadêmicas ligadas diretamente ao Damed. Nos primeiros meses de 1975, os protestos dos estudantes de Medicina já figuravam nos jornais de grande circulação na Bahia. (SILVA, 2016) A primeira greve, em junho de 1975, com duração de 14 dias, pautava reivindicações como: a manutenção do HUPES, que passaria a ser vinculado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como hospital escola ligado à Faculdade de Medicina da UFBA; a reformulação do currículo escolar, que deveria ser elaborada por uma comissão de professores e estudantes; e condições materiais necessárias para um bom ensino médico. A greve teve forte apoio popular com recolhimento de mais de 20 mil assinaturas. (SILVA, 2016) Já a segunda greve, em 1978, tem papel fundamental na recuperação do prédio, onde foi construído o Complexo Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira, que constitui o Complexo-HUPES desde o início dos anos 2000.

Anterior às greves do hospital das clínicas, um episódio emblemático foi a recusa ao “provão” da área básica de saúde, assim como acontecia nas outras áreas de conhecimento, sendo também uma pauta do movimento estudantil que pedia mais verbas para a educação, além de reivindicar o direito de estudar dos

“excedentes internos” – quem havia passado no vestibular, mas não encontrava vaga na universidade. Essa união dos estudantes de diversos cursos propiciou o que, posteriormente, seria DCE/UFBA, que atua clandestinamente durante o regime, tendo entre os seus primeiros presidentes um estudante de Arquitetura e de Medicina – este, o então presidente no momento em que acontece a Greve de 1975, e que terá seu nome, ao final da greve, divulgado pelo Serviço Nacional de Informação (SNI) –, ainda não legalizado, mas reconhecidos pela sociedade baiana. (SILVEIRA, 2019) A conquista pelo fim do “provão” marca a consolidação do DCE/UFBA frente a comunidade estudantil.

Em linha com esse pensamento, o congresso de reconstrução da UNE que aconteceu em Salvador, em 1979, e contou com a presença de estudantes da FMB – dentre eles, um estudante que viria a ser um destacado secretário municipal de saúde de Vitória da Conquista 20 anos depois – Jorge Solla –, reivindicava mais recursos para a universidade, em defesa do ensino público e gratuito, assim como a libertação de estudantes presos do Brasil. Os estudantes protestavam por causas específicas como a ampliação de vagas, por melhores condições de ensino e também em defesa das liberdades democráticas e por justiça social.

Centrados também na defesa de uma saúde pública e humanística, os estudantes de Medicina, no ano de 1982, realizaram uma greve na Maternidade Climério de Oliveira, em que a bandeira era “A Ética na Pesquisa”. A cessação coletiva e voluntária dos estudantes de Medicina, internos e estagiários foi motivada a partir de um episódio no qual as parturientes na hora do parto eram submetidas a uma pesquisa sobre Dispositivo Intrauterino (DIU) pós-parto, coordenada por um ginecologista famoso na época, sendo entregue um formulário de consentimento em inglês, sem tradução, autorizando a colocação do contraceptivo. (HISTÓRIA..., 2021)

Outra luta importante a ser destacada, ainda em 1982, aconteceu na clínica pediátrica, após uma visita da ministra da saúde, que mobilizou estudantes e professores a pressionar a abertura de agenda a visita de uma comissão, que discutiria os investimentos necessários para que aquela unidade funcionasse plenamente a serviço do ensino e da pesquisa. (HISTÓRIA..., 2021)

No ano seguinte, em 1983, em um período de muita efervescência, numa manifestação, em que umas das principais reivindicações previa a escolha dos dirigentes das unidades da UFBA – neste período os dirigentes eram nomeados pelo governo federal –, os acadêmicos de Medicina, ao saírem da porta da reitoria em direção ao Campo Grande, bairro de Salvador marcado por atos políticos estudantis, foram interceptados pela polícia. (HISTÓRIA..., 2021) Bloqueados, os estudantes tiveram que retornar para o Hospital das Clínicas. Ainda assim, a polícia avançou e bombardeou, com gás lacrimogêneo, o hospital universitário e os estudantes, que tiveram que ajudar a funcionários e pacientes ali presentes.

O diretor da unidade, um militar, evadiu-se pela porta lateral. Criando uma indignação que originou uma assembleia que deflagrou uma greve dos estudantes de Medicina, juntamente aos de enfermagem, tendo duração de seis meses – que ocasionou na perda do semestre –, reivindicando as eleições diretas para os diretores das Faculdades de Medicina e Enfermagem e do hospital. Como resultado das negociações: a conquista da primeira eleição direta para um dirigente de uma unidade da UFBA, o diretor do Hospital das Clínicas. (HISTÓRIA..., 2021)

Todo esse processo recai sob uma participação forte do movimento estudantil na Constituição de 1988. Deixando marcas importantes para o texto constitucional no que diz respeito aos direitos, em especial a educação e a saúde, como a autonomia da gestão democrática da universidade pública e a conquistas do grande patrimônio no âmbito da saúde pública e universal, Sistema Único de Saúde (SUS).

### **O DIRETÓRIO ACADÊMICO DE MEDICINA: “A TENDA DOS MILAGRES”**

Nos anos que sucedem, ainda que por vezes tenha atuado fora dos espaços da FMB, o Damed essencialmente tem mantido suas principais atuações ligadas às demandas da comunidade estudantil a partir de sua relação com o institucional. Uma dessas temáticas históricas é a questão curricular e acadêmica. Durante as décadas de 1980 e 1990, no processo de constante construção e consolidação do SUS, a pauta de formação médica fazia parte de intensos debates da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), criada em 1986, assim como as atualizações dentro do âmbito da FMB.

No início dos anos 2000, o apelo sobre essas questões evidenciou não apenas a precarização da UFBA no que diz respeito a sua estrutura física e curricular, mas principalmente da FMB.

A greve estudantil do ano de 2004 pesou fortemente na construção dos pilares que levaram ao boicote do Enade em 2007. Esse movimento teve início indiretamente no ano de 2000, ao que se pode dizer que na ressaca de um movimento nacional unificado em defesa da educação pública superior e contra os anos de ferro da era FHC para as universidades públicas. Assim, o ano foi marcado pelo evento, na FMB, da I Oficina Integrada para a reconstrução do ensino médico, com a presença de discentes. A síntese desse período pode ser considerada como uma base influenciadora no ano de 2004, quando em uma das maiores greves estudantis da UFBA e com forte apoio do Damed, inclusive no comando de greve. O diretório levanta como bandeira dentro da FMB a “transformação curricular”.

Durante a greve, é criado um grupo de trabalho com objetivo de atualizar as diretrizes do currículo e da formação médica oferecida, buscando novos ares dentro da perspectiva da própria Medicina baseada em evidências, assim como no

estabelecimento de novos parâmetros, tais como a ética médica. No ano seguinte, já é possível verificar a versão preliminar do projeto de transformação curricular para a graduação de Medicina. Embora a pressão exercida pelo Damed tenha movimentado de forma expressiva os passos para a renovação do currículo da FMB, isso não foi suficiente diante de todas as deficiências físicas, materiais e acadêmicas, como a falta de professores.

Como uma forma de protesto, o Damed aprova o veto ao Enade em 2007, com inúmeros acadêmicos entregando a prova assinada e em branco. Isso fez com que a nota da faculdade propositalmente tenha caído a 2 – numa escala de 1 a 5 –, e isso serviu para pressionar a diretoria, reitoria e Ministério da Educação por recursos para a FMB. De fato, a baixa nota teve repercussão nos principais meios de comunicação da cidade de Salvador e até nacionalmente, impulsionada, em parte, por uma declaração polêmica do então coordenador do colegiado, que posteriormente renunciaria ao cargo, afirmando que “O QI dos alunos de medicina é baixo sim”. (QI..., 2008) De forma geral, o Damed foi um agente importante nesse episódio ao organizar o primeiro boicote e cobrar as ações institucionais de vários âmbitos para a melhoria do curso, assim como ao posteriormente se posicionar contra futuros boicotes ao exame, devido às restrições que poderiam se aprofundar. Por fim, verbas extras foram destinadas ao curso de Medicina para o saneamento das inúmeras deficiências, reformando inclusive o prédio do Anexo I no Vale do Canela, que estava em estado de degradação.

A luta sobre o currículo é contínua, e segue durante todo esse período com conquistas, estagnações e perdas. O protagonismo do Damed, inclusive com representação departamental nas reuniões na FMB, sobre a transformação do currículo da faculdade se mantém ao longo dos últimos 20 anos, e de forma recente com um embrião chamado projeto de adequação curricular em 2016, em que o diretório fornece bolsas e cria um grupo de trabalho fixo para propor e construir as mudanças. Ainda no ano de 2019 e com influência desse processo um novo currículo foi enfim aprovado novamente (o que aconteceu algumas vezes nas últimas duas décadas). Deve-se pontuar que além da modernização do currículo no que diz respeito a ciências médicas, existe uma forte influência da implementação de novas pedagogias, diminuição de carga horária e a chamada humanização do currículo com o destaque da ética médica, Saúde da Família e Medicina Social.

### **“AS VÍTIMAS-ALGOZES”: ESTUDANTES CONTRA AS ESTRUTURAS INCRUSTADAS**

Posicionando-se contra os seus “senhores” e tensionando contra as relações de poder assimétricas, os estudantes organizados protagonizaram avanços e, por

muito tempo, foram implacáveis na reivindicação dos seus espaços e direitos. Além da atuação política e as novas abordagens acerca da temática, o estudante de Medicina da FMB teve sempre que lutar, como apontada em copiosas recorrências históricas, para conquistar e resistir contra os ataques dirigidos a suprimir seu espaço físico.

Como reflexo do resultado do Enade 2007, em 2008 uma comissão instituída pela Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC) fez uma avaliação presencial à FMB. Com as informações obtidas nas visitas, nas reuniões e na análise de documentos, a comissão do MEC elaborou um relatório, e o encaminhou ao ministério. A partir desse relatório, o MEC produziu um documento, onde estabelecem-se metas e prazos para ações saneadoras dos problemas do curso de graduação em Medicina da FMB. Entretanto, não vinculava verba para a sua execução.

Em protesto à não vinculação de verbas, o Damed realizou o primeiro ato público sobre uma questão que já envolvia o Anexo I da faculdade, pois se os recursos fossem destinados, seriam aplicados em melhorias estruturais a este prédio da FMB. Em resposta às manifestações estudantis, o MEC reformulou o documento, garantindo recursos.

Assim, é constituída, pela congregação da FMB, uma comissão de professores, funcionários e estudantes para que, durante o recesso entre os semestres de 2009.1 e 2009.2, fosse elaborado o plano de reforma física do prédio Anexo I. No entanto, surgiram dificuldades que impediram a finalização do plano de reforma, após o recebimento de um ofício da Pró-reitora de Planejamento e Administração (Proplad) pela diretoria da FMB.

O pedido do ofício: a programação da transferência das atividades acadêmicas e administrativas do prédio do Vale do Canela para o Terreiro de Jesus, uma vez que a destinação do prédio do Vale do Canela agora era outra: Pavilhão Acadêmico de Saúde. A congregação da FMB/UFBA se reuniu, e disse, por unanimidade, não ao ofício da Proplad. E reiterou a impossibilidade devido ao vínculo e a falta de espaço no outro *campus*, e que as únicas estruturas que poderiam ser migradas seriam as administrativas.

No entanto, a administração central da UFBA continuava a afirmar que o prédio era um pavilhão multiuso destinado à área da saúde. Com isso, mais de 300 estudantes de Medicina percorreram, em passeata, do Anexo I da FMB ao palácio da reitoria, para dar um recado que não saíam do prédio.

Além disso, os estudantes montaram uma comissão paritária para visitar todos os diretores de Escolas, Faculdades e Institutos da UFBA e evidenciar, que além de não concordar com a saída do Anexo I, o curso de Medicina sairia muito prejudicado. E, num período de quatro dias, foram recolhidas mais de 400 assinaturas.

Foi-se avisado que no dia 15 de março de 2010, a Comissão de Normas e Recursos, responsável por emitir um parecer sobre o pedido de reconsideração da decisão do Conselho Universitário (Consuni), iria visitar o Terreiro de Jesus para fechar uma opinião sobre a questão, que seria votada na próxima reunião do Consuni.

No dia 15 de março, uma sala na FMB estava lotada. Muitas pessoas se pronunciaram sobre falta de estrutura, das novas exigências do currículo, dos outros campos de prática, das diferentes destinações do prédio do Canela e do Terreiro de Jesus, e do compromisso com a qualidade do curso. Assim, a representação estudantil mostra sua resistência na ocupação, manutenção e recuperação – como o prédio do Terreiro de Jesus, antes um memorial – dos espaços físicos da faculdade mais uma vez.

Antecedendo este acontecimento, assentado sob o sedutor pensamento de uma ordem liberal-privatista com finalidade de desmonte dos serviços públicos, um longo episódio, entre o final dos anos 1990 e início dos anos 2000, é extremamente importante na defesa da coisa pública, no contexto do Complexo-HUPES. Por ser um hospital escola, e ter o curso de Medicina como o mais antigo e tradicional da UFBA, os acadêmicos constroem ao longo de sua formação um vínculo afetivo com o espaço que se reflete em diversas ações, que ultrapassam a ideia de um único movimento grevista, para os constantes movimentos estudantis na defesa do HUPES.

Por volta dos anos 2000, uma fundação de Cardiologia, de direito privado, operava dentro do Hospital das Clínicas, mas as principais lideranças estudantis da época apontavam uma série de irregularidades, caracterizadas pelo patrimonialismo e o clientelismo, que foi documentada e reunida num dossiê, com ligações testemunhadas e prontuários, elaborado por estudantes do curso de Medicina e Enfermagem.

O início desse processo se deu em um momento que os acadêmicos (internos), que começaram a acompanhar a Cardiologia do HUPES, perceberam um tratamento diferente dos pacientes a depender da forma como estes davam entrada: via particular ou SUS. Para marcação de consulta havia também um grave problema de espera dos pacientes que eram do público ou do privado. Além disso, o paciente do SUS não tinha acesso à mesma intervenção terapêutica que os particulares. Havia ainda dupla cobrança em relação aos custos hospitalares: até os pacientes particulares eram cobrados via SUS. Dessa forma, é citado um prejuízo de cerca de R\$ 47 milhões de reais, em nota assinada pelo chefe do Gabinete da Reitoria na data de 19 de maio de 2008. A reitoria se defende afirmando que entrou na justiça através da procuradoria jurídica da UFBA para investigação desses rombos milionários. (JUSTA, 2018) Esses fatos resultaram em diversos debates nos principais espaços deliberativos da universidade, assim como em auditorias do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e da Audicont.

O fato tomou um famoso folhetim baiano por anos, em meio a um processo dentro da universidade e fora dela. A entidade representativa dos estudantes de Medicina teve um papel de destaque nesse período, mas infelizmente alguns estudantes foram perseguidos e sofreram retaliações em meio às denúncias. O primeiro dossiê de denúncias já mostrava uma diferenciação no tratamento de pacientes privados e do SUS, mas foi com o desenvolvimento das auditorias que a quantidade de irregularidades descobertas foram aumentando. Por quase dez anos, no período do final do século XX e início do XXI, esse processo seguiu. O movimento conquistou a expulsão da fundação e até o presente ano esse movimento repercute como uma amostra da dedicação de estudantes em defesa do SUS e do seu hospital-escola.

### **JARDIM DE INVERNO E UM CHAPÉU PARA VIAGEM: ESTÁGIO LOCAL DE VIVÊNCIA (ELV)**

A partir de um trabalho mais organizado, estudantes foram desenhando ações políticas com outros setores, recriando novas possibilidades de intervenção. Dentre as adequações à realidade, o movimento estudantil incorporou os estágios de vivência como uma de suas atividades. Esses estágios permitem uma transformação a partir da experiência interdisciplinar. Nesse processo de elaboração, os acadêmicos de Medicina se propõem a realizar esta experiência de intervenção no SUS, que congrega hospitais públicos, prontos socorros, unidades de Saúde da Família, associações de atendimento à população e movimentos sociais.

Na FMB, o Estágio Local de Vivências (ELV), na friorenta Vitória da Conquista (BA), é exemplo expressivo da construção dos acadêmicos sobre a sua própria formação. Criado no primeiro semestre de 2000, dentro de uma secretaria do Damed, tinha como ideia inicial “demarcar território do SUS”. Argumentava que, na disputa política da FMB, o espaço da Medicina privada sempre teve destaque em detrimento do sistema público. Cansados de acompanhar os acadêmicos da FMB, seus próprios colegas, acompanhando partes do SUS que não deram certo, o ELV tenta mostrar a parte que deu certo.

Para cumprir a finalidade a que se destinou, o ELV/SUS embarca os jovens calouros recém-chegados à FMB para uma imersão, na prática, à rede de atendimento SUS e realizar discussões com base em um parâmetro estatutário do Damed de defesa da Saúde Pública (mais tarde, em 2003, o novo estatuto do Damed incluí a defesa do SUS). Para articular esse estágio, o Damed articulou com o Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) para intermediar o diálogo com a Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista (BA). A escolha por este município aconteceu pela melhor organização do sistema público de saúde,

alinhamento político e, principalmente, a possibilidade de ampliar os horizontes dos calouros para uma Medicina interiorana com foco na atenção primária.

Dessa forma, o ELV/SUS foi uma das bandeiras do Damed e, principalmente, dos grupos políticos que estiveram à frente da instituição durante o período de 2000-2013. No período de 2014 e 2015, a chapa eleita no Damed se encontra no espectro político da direita e centro-direita, com ideias liberais que destoavam do ELV. Como uma tentativa de manter o ELV nesse período, após a derrota na eleição de 2014, alguns estudantes organizam o Coletivo Além Do Que Se Vê (CADQSV). O ELV/SUS retorna como pauta do Damed em 2016, ano em que recebe o nome de ELV/SUS Emerson Monteiro, em homenagem a um médico formado pela FMB e já encantado que, enquanto estudante, participou como monitor do estágio por 12 edições.

A partir de 2017, a identidade do ELV se redesenha e a sua organização passa a ser influenciada por grupos externos ao Damed, principalmente por ex-monitores, até que se torna quase que totalmente organizado dessa forma. Com sua consolidação ao longo do tempo, o entendimento do ELV também mudou, ocorrendo o esvaziamento dos espaços de disputa política.

Até a presente data, o ELV continua cumprindo o seu objetivo inicial: difundir a defesa do SUS na FMB. Pode-se afirmar que logrou deixar sua marca, como evidenciado pelas inúmeras manifestações da congregação da Faculdade de Medicina da Bahia em defesa da Saúde Pública nos anos de 2017, 2018 e 2019. No segundo semestre de 2019, o ELV/SUS Emerson Monteiro teve a sua 39ª edição, desempenhando seu papel educativo e de formação política, chamando os estudantes para uma atuação mais comprometida com os segmentos populares.

## **A CIÊNCIA E O PROTAGONISMO ESTUDANTIL**

Assumindo outras versões da sua expressão, o estudante de Medicina da Bahia desde o século XIX assume protagonismos científicos. Marcada pelo seu pioneirismo, a Bahia observou de perto o nascimento das ciências médicas brasileiras, entre milhares de estudos realizados, que levaram às pesquisas tropicalistas, psiquiátricas e médico-legais na FMB.

A Escola Tropicalista Baiana, que teve um acadêmico entre seus fundadores: Antônio Pacífico Pereira, se apresentou para sociedade baiana por volta de 1860. (JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008) A escola, embora não fosse constituída como uma instituição de ensino formal, se dedicava às pesquisas realizadas para descobrir a etiologia das doenças tropicais que acometiam as populações mais vulneráveis do país. Esse era um grupo de médicos e acadêmicos que se dedicavam, durante muito tempo, à prática de uma Medicina mais científica.

Nesse sentido, de gerar potentes estratégias na formação em saúde mais articulada com pesquisa e a prática médica, os anos 2000 foram marcados pela difusão das ligas acadêmicas na FMB. O propósito era criar um espaço, protagonizado por discentes, de discussão médica, justificado pelos problemas do currículo médico da FMB e pela conveniência de reparar o problema através de uma via não institucional.

Um dos pressupostos para o funcionamento da liga era a vinculação com a representação estudantil: Damed. Assim, a gestão do diretório criaria o estatuto geral das ligas acadêmicas da FMB. Dentro deste estatuto, se estabeleceu o Colegiado das Ligas – nele todas as ligas podem ser representadas, assim como a gestão do Damed. De forma exponencial, as ligas foram aumentando seu volume, de forma que em menos de dez anos, no ano de 2016 o colegiado das ligas passa a negar a criação de novas ligas. A partir desse ano, se estabelece como diretriz dentro do Damed que a criação de uma nova liga dependeria de ser uma área deficitária do currículo e que tivesse membros da FMB suficientes para justificar o uso das salas.

Já no ano de 2017, as ligas passam a enfrentar uma disputa institucional para sua legalização e reconhecimento oficial no espaço universitário, assim como problemas com a diretoria para uso das salas e seu funcionamento noturno. Em 2018.1, aconteceu uma manifestação em pleno início do ano letivo durante a semana pedagógica em que as ligas representadas por estudantes da FMB reivindicavam o uso do espaço institucional para as suas atividades. Paralelo a esse processo, novas faculdades de Medicina na cidade abriram seus espaços, além de criarem mais ligas de temas iguais ou novos aqueles existentes na FMB.

As ligas acadêmicas são um imenso exemplo do protagonismo estudantil mesmo em análise da ótica da especialização excessiva: mostra a preocupação dos estudantes da FMB com sua formação e como críticos de seu próprio saber. Além disso, criou um espaço paralelo a instituição de disputas de conhecimentos e perspectivas de saúde: exemplo são as ligas essencialmente médicas e as interdisciplinares. Ao usar o aparato de representação estudantil como o Damed, as ligas fazem um movimento de institucionalização e no aguardo de seu reconhecimento universitário deixam uma marca forte do ideal dos estudantes para mudança do aparato da instituição.

## **POLIFONIA: NOVAS ORGANIZAÇÕES E AS MELODIAS SIMULTÂNEAS**

Os vários *protagonismos* estudantis envolvem vários momentos temporais, sociais e políticos. O breve momento de uma gestão assumidamente de direita à frente do Damed levou à criação do CADQSV em 2014. O CADQSV, além de organizar o ELV/SUS, foi capaz de criar uma atmosfera de pautas progressistas em um momento de

extrema polaridade na FMB e no país. Assim, esse grupo se organizou de forma a criar espaços na defesa de bandeiras como LGBT, combate ao racismo e diversas pautas como Saúde Pública, opressões, saúde mental e várias outras.

Dessa forma, o CADQSV criou reuniões semanais, palestras e seu principal projeto: MEDCULT. O “MEDCULT: ócio criativo do mundo avesso” foi uma semana de caráter cultural, com uma série de intervenções artísticas como teatro, poesia e até mesmo música. Ao todo aconteceram três edições, que se confundem com o auge da ação desse coletivo, os anos de 2014, 2015 e 2016. No retorno a gestão do Damed, o mesmo grupo que estava à frente do coletivo gerou uma divisão que mais tarde marcaria o fim do próprio coletivo. Em meio às polêmicas apresentadas, o CADQSV pintou uma escada externa no Canela, usou as cores do movimento LGBT em decorações dentro da faculdade e a bandeira do orgulho lésbico na fachada. Todos esses episódios foram marcados por manifestações de professores e acadêmicos contrários, mas no seu auge o CADQSV foi capaz de bancar essas discussões e protagonizar a última primavera estudantil da FMB.

Cabe destacar ainda o Coletivo Feminista Rita Lobato, que surge no início do ano de 2019. Um grupo de mulheres propõem, ocupando o espaço físico do Damed, um ambiente de acolhimento às mulheres e de resistência contra as formas de violência – no âmbito físico, moral, psicológico, sexual – encaradas em sua vivência. Tendo a primeira reunião formativa do coletivo feminista em abril de 2019, o grupo tem como tendência central arguir e se posicionar contra toda e qualquer forma de opressão e violência, além de abordar o processo saúde-doença-cuidado em todas as dimensões do corpo feminino e suas pluralidades. O coletivo carrega o nome da primeira médica diplomada no Brasil, sendo a sua vivência acadêmica o próprio protagonismo já em 1885. Símbolo da manifestação do protagonismo estudantil e feminino, o Rita Lobato catarticamente emerge como resistência histórica da invisibilização estrutural e institucional do protagonismo feminino na FMB, que teve sua primeira diretora somente depois de 203 anos de história e sua a primeira representante feminina no diretório acadêmico apenas no ano de 2007, o que por si só já discursa sobre o próprio machismo e contradições incrustadas na escola médica.

Num processo de invisibilização que também se estende a outros corpos e classes, a FMB sempre contou timidamente com a presença de negros, seja no corpo docente dos departamentos e entre discentes. Mesmo tendo, já no século XIX, estudantes afro-baianos como Sergio Cardozo e Juliano Moreira, – destacado principalmente pela sua atuação em pesquisa acadêmica – a faculdade precisava de um grupo que pudesse organizar a luta para fortalecimento da luta contra o racismo estrutural. Não sendo um movimento criado a partir da FMB, o Coletivo NegreX é um coletivo nacional auto-organizado – por isso não possuem direções

a nível nacional, regional ou local, nem regras rígidas de hierarquia – e que se estende por diversas faculdades de Medicina no país.

Caracterizado pela descentralização, o coletivo surge no ano de 2015 durante um congresso nacional de estudantes. O NegreX é um grupo de pessoas oriundas de todos os locais geográficos onde a vida preta se faz presente. Dentro da FMB, o grupo constitui uma rede de pessoas que se orientam dentro de um espaço coletivo negro da Medicina. O grupo defende uma Medicina que compreenda a amplitude do conceito de saúde em todas as suas dimensões e, principalmente, que se aproxime e observe, no processo de adoecimento e cuidado, as particularidades que envolvem a população preta do país, que ainda hoje enfrenta as consequências da escravidão. Além disso, o grupo passou a tomar medidas de fiscalização e denúncia no processo de fraudes de cotas dentro da FMB. A escola *mater* da Medicina brasileira testemunha a presença legítima de acadêmicos quilombolas e indígenas (pataxó, pankararu etc.), pelo sistema de cotas. Diante o exposto o coletivo tem como pauta a construção de uma sociedade e de um sistema de saúde equitativo e antirracista.

Outra organização estudantil, apesar de não ser caracterizada por uma insurgência dos estudantes, é o Programa de Educação Tutorial (PET), um programa do governo federal brasileiro com inspiração em modelos e experiências internacionais. Previsto desde 1979, o PET-Medicina na FMB só foi fundado em 1995. Além de produções acadêmicas na área médica, atuam também nas atividades culturais, como a saudosa Sociedade Acadêmica Alfredo Britto, sobre diversos assuntos.

Mesmo que não tenham uma significativa participação de estudantes, devido à existência de um processo seletivo, o PET visa algumas melhorias na estruturação dentro da faculdade e do acolhimento. Como exemplo disso: a organização da Semana do Calouro junto aos outros *protagonismos* que confraternizam na faculdade, proporcionando atividades recreativas e educativas, um *tour* pela faculdade e uma cerimônia de recepção dos recém-ingressos. No entanto, é a institucionalização do estudante dentro da faculdade, e não uma representação estudantil.

Com o intuito de promover uma unidade esportiva e incentivar de forma organizada a participação dos estudantes, ocorre, em novembro de 2012, a fundação da Associação Atlética Acadêmica Antônio Carlos Vieira Lopes (AAAACVL). Ainda que também se caracterize por ser um marco importante nas disputas da FMB. A criação da atlética foi a gênese do grupo que disputaria o Damed em 2013 e colocaria um fim na sequência de gestões de esquerda. Além disso, representou um grupo assumidamente de direita que dentro da FMB se posicionou contra o programa Mais Médicos e, em 2014, apoiou o candidato Aécio Neves contra Dilma Rousseff durante as eleições. Se sua gênese é marcada por polêmicas como essa, o desenvolvimento da AAAACVL mudou completamente essa perspectiva.

Foi protagonista na execução de eventos esportivos, organizou intensamente as articulações que uniram as associações atléticas do estado da Bahia e unificou eventos como o chamado INTERMED. Mesmo com suas contradições sobre a ocupação desses espaços. Além disso, a história recente da atlética é marcada por uma mudança de posicionamentos com a adesão de pautas identitárias e a manifestação política. Deve-se usar como síntese desse processo o ano de início da pandemia do SARS-CoV-2, no qual a AAAACVL conseguiu estar mais próximo dos estudantes, mantendo a coesão e organizando pautas políticas, em contraponto a entidade oficial dos estudantes (Damed), que não pode realizar novas eleições. No segundo semestre de 2020, o diretório vive uma intensa crise marcada pela sobrecarga de uma comissão gestora focada em viabilizar, junto aos representantes de turma, um semestre remoto – assumindo a transferência de função dos funcionários do colegiado.

Nesse sentido, no Damed, pela primeira vez, acentua-se um relativo ofuscamento por outras entidades dentro da FMB, que dentro de uma perspectiva macro mostra um processo nacional de enfraquecimento de movimentos estudantis a partir da fragmentação e representações paralelas.

## **15 DE MAIO: PRIMAVERA ESTUDANTIL?**

Pelo próprio ciclo que se acompanhava, e de como se conformava a conjuntura da educação, visualizava-se uma dificuldade do movimento estudantil em se reerguer enquanto unidade. (MESQUITA, 2003) Visto que, num panorama nacional, a maioria dos estudantes não estão inseridos no movimento estudantil, apenas coabitam a universidade sem participar do que são as suas lutas.

No entanto, no início de 2019, as representações estudantis foram muito provocadas pelo governo federal, o que gerou uma relativa unidade dentre os estudantes universitários a fim de se posicionar contra retrocessos apontados. Na manhã do dia 15 de maio, as ruas do país foram tomadas por mais de 1 milhão de estudantes, professores e trabalhadores de escolas e universidades, no Dia Nacional de Greve na Educação, em protesto contra cortes anunciados pelo MEC para o setor.

Conseguindo levar milhares de estudantes às ruas do Centro de Salvador, dentre eles os membros do Damed e centenas de acadêmicos e professores de Medicina, os movimentos resistiam à ofensiva liberal-privatista que desapoderava a classe trabalhadora, o sistema de saúde e a universidade pública. O sucesso das manifestações foi tamanho que as entidades organizadoras decidiram convocar um novo protesto a nível nacional para o dia 30 de maio.

Posteriormente, o somatório de projetos como Escola sem Partido ao Future-se, além dos cortes ofensivos de verbas destinadas ao ensino superior – vetores da

instalação do pensamento de barbárie e adoecimento da educação – foram motivações que acentuaram a necessidade de uma nova manifestação estudantil em defesa da coisa pública. No dia 13 de agosto, o Damed esteve presente na mobilização da greve nacional em defesa da educação pública e contra a reforma da previdência. Naquele momento, houve um leve movimento de se aliar as lutas da classe estudantil com a classe trabalhadora.

Historicamente, essas lutas não estiveram desalinhadas da luta dos interesses nacionais, colocando-se contra a privatização e precarização do direito trabalhista, das indústrias nacionais e do SUS, pois tudo isso implica na dinâmica da universidade e de como ela será construída. Uma vez que os estudantes e os trabalhadores não são classes dissociadas, foi tarefa do movimento estudantil coalizar essas forças, e não ser *diérese* dos tecidos sociais.

No entanto, os vetores avançaram e derrocaram, em setembro de 2019, na ausência de recursos para o funcionamento mínimo da universidade, devido ao congelamento de verbas proposto pelo MEC. A UFBA teve que adotar uma série de racionamento nas funções administrativas e acadêmicas para sobreviver àqueles ataques. Entre as ações estavam a proibição de realizar ligações telefônicas de fixo para celular, suspensão de obras e serviços, proibição de eventos a partir das 17 horas e nos fins de semana, redução no uso dos elevadores, além de desligamento dos aparelhos de ar-condicionado e racionamento de água. Após algumas semanas de vivência com inúmeras dificuldades e pressão estudantil, os serviços foram retomados. Resistindo aos ataques e provocações do governo federal, o início de 2020 foi marcado pela iminência crescente de uma rejeição ao governo e uma unidade estudantil, que parecia emergir, tivera de ser interrompida pelas restrições sanitárias impostas pela pandemia do novo coronavírus que entrava em curso, em março de 2020, no Brasil.

## **A FMB E A PANDEMIA**

Como mencionado em trechos anteriores, em meados do século XIX a epidemia de cólera paralisou as atividades acadêmicas e ceifou a vida de milhares de pessoas, das quais muitas eram de estudantes da FMB, que se voluntariaram para salvar vidas combatendo esta moléstia. Em um cenário similarmente trágico, os estudantes de Medicina, mais uma vez, assumiram papéis ativos de revolta contra o absurdo da conjuntura.

Uma dessas iniciativas foi o Projeto Tele Coronavírus, iniciativa de escolas médicas baianas, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e governo do estado da Bahia, que se propôs a enfrentar a pandemia de covid-19. Através dele, os pacientes que ligaram para o número 155 tiveram a ligação encaminhada para estudantes

de Medicina dos três últimos anos do curso; em seguida, receberam orientações conforme os sintomas apresentados, por exemplo, a instrução para os quadros leves de evitar o deslocamento para as unidades de saúde. Esta ação voluntária contou com a participação de 1.392 estudantes.

Com a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, em 2020, os protagonismos estudantis, na FMB, tiveram de se reinventar diante da funesta realidade que atinge o mundo inteiro.

### **ASSOCIAÇÃO ATLÉTICA ACADÊMICA ANTÔNIO CARLOS VIEIRA LOPES (AAAACVL)**

A AAAACVL, que preconiza desde sua fundação a promoção da saúde física e psicológica e integração entre acadêmicos de Medicina, fomentou diversos campeonatos e integração com a modalidade dos jogos virtuais. Além disso, foi estimulado aos atletas associados a continuarem seus treinos com ajuda dos técnicos e um preparador físico, conseguindo, assim, manter os membros em atividade, ainda que isolados em suas casas – uma contingência do contexto pandêmico.

Para além do cenário desportivo, o ano de 2020 despertou na AAAACVL – que já atuava com gincanas solidárias para arrecadação de alimentos e campanhas de doação de sangue – novos interesses e expansões dos seus horizontes, se firmando como protagonista em diversas ações sociais. No início da pandemia do SARS-CoV-2, a associação estreou com uma arrecadação de R\$ 4.600,00 para os trabalhadores autônomos da faculdade em situação de vulnerabilidade, como forma de auxiliar emergencialmente àqueles trabalhadores que estavam desassistidos e sem fonte de renda devido a paralisação das aulas, até então, pelos programas sociais do governo.

Diante do ensejo, a AAAACVL também promoveu outras ações posteriormente: arrecadou aproximadamente 900 livros, 340 cestas básicas e mais de 200 brinquedos para doação às creches e biblioteca comunitárias; e preparavam, até o encerramento deste livro, uma ação para distribuição de cerca de 300 quentinhas para pessoas em situação de rua para abril de 2021.

O Carcará, como a associação atlética é alcunhada, utilizou as redes sociais para protagonizar, de forma surpreendente na organização, uma atuação política: dar voz às minorias sociais dentro da própria instituição. As discussões remotas, numa mídia social da AAAACVL, permitiram contextualizar e dar ouvidos às dificuldades que os estudantes enfrentam em seu cotidiano. Nesse cenário, foram realizadas entrevistas com representantes de grupos culturalmente invisibilizados: pessoas com deficiência, negros, indígenas, LGBTQIA+ e movimento feminista.

## **QUARENTENA SOLIDÁRIA, AÇÃO DAS LIGAS ACADÊMICAS DE MEDICINA**

No dia 14 de abril de 2020, em consonância com a AAAACVL, e no mesmo espírito de solidariedade, ligas acadêmicas propuseram um novo projeto que surgiu a partir do desejo de colaborar com instituições que acolhem pessoas em situação de vulnerabilidade. Essas localidades, que já cursavam em situações de escassez mesmo antes do novo cenário, durante a pandemia, aprofundaram a crise pela falta de recursos que as ajudava a se manter.

No entanto, mais de 40 ligas em Medicina em Salvador, sendo maioria da FMB, se uniram tendo em vista realizar uma arrecadação, de uma quantia monetária para que os estudantes e colaboradores pudessem ajudar, não agravando o contexto sanitário. A iniciativa resultou numa rápida adesão e uma arrecadação de precisamente R\$ 15.849,11, numa campanha que durou menos de 15 dias, com as doações já entregues no dia 29 de abril de 2020.

## **COMISSÃO GESTORA DO DAMED**

Com a pandemia começando a se espalhar no Brasil, o Damed foi surpreendido com a suspensão das aulas da Faculdade de Medicina no dia anterior ao que seriam realizadas as eleições para a nova chapa para o diretório acadêmico. Embora o Damed tenha se mantido inicialmente inativo, sem reunir-se ordinariamente, os membros da chapa cessante foram convocados a lidar com questões que surgiram no meio do processo.

Uma delas foi a demanda do internato médico, pois uma parte dos estudantes desejava voltar às aulas, enquanto outros não. Convocando uma reunião extraordinária, o Damed realizou, por uma plataforma virtual, uma eleição para representante do internato que terminou em empate, tendo ambos os candidatos 126 votos. Em meio a um clima tenso, o representante só foi escolhido alguns dias depois.

A vinda do Semestre Letivo Suplementar (SLS) trouxe novos desafios para o Damed. Era necessária uma ponte que ligasse as demandas estudantis às possibilidades institucionais. Os representantes acadêmicos dos departamentos da FMB e do colegiado cumpriram essa função. Foi, em parte, graças a essa intermediação do diálogo (o qual, muitas vezes, envolvia superar algumas desinformações e explicar aos docentes as portarias vigentes) que muitas disciplinas obrigatórias e optativas puderam ser ofertadas.

Concomitantemente, o Damed também atuou no processo de institucionalização das ligas acadêmicas que aconteceu neste período; divulgou uma nota contra o programa de governo Brasil Conta Comigo, que convocava estudantes para atuarem no combate da pandemia, pois a falta de informações precisas po-

deria expor os alunos a riscos desnecessários; e, na chegada do semestre 2021.1, organizou o cronograma do Treinamento de Biossegurança (capacitação necessária para aqueles que teriam aulas práticas durante a pandemia) de acordo com disponibilidade dos acadêmicos. Além disso, teve papel central nas negociações para a vacinação antecipada dos estudantes que estavam em campo de prática.

Estes foram algumas das movimentações que ocorreram na Faculdade de Medicina até o início do ano de 2021. Refletindo que num cenário pandêmico os protagonismos da juventude estudantil permearam, mesmo que remotamente, os arredores da FMB.

### **“CAPITÃES DA AREIA”: PARA ALÉM DE UMA JUVENTUDE**

Visto todos os desdobramentos históricos do movimento estudantil, fica o questionamento: o que é a juventude? Tarefa árdua é encontrar uma definição universal para este conceito. Ainda que critérios biológicos, como intervalos de idade, sejam normalmente usados para afirmar o que é o jovem, o desafio permanece, pois duvidavelmente um consenso logra resistir ao tempo e ao espaço. Pela dificuldade encontrada de agarrar e segurar um significado sem que ele consiga escapar, é preferível ser flexível nessa empreitada.

De modo geral, a juventude é vista como a passagem entre dois mundos: deixa-se a infância para avizinhar a vida adulta. Até então, a identidade do sujeito foi formada precipuamente pelo ambiente familiar, mas, à medida que ele amplia o contato com o Outro, forma o seu Eu na sociedade. Com a aquisição e conquista de sua autonomia, o jovem adentra uma fase de acumulação, momento em que entesoura amigos, conhecimento, dinheiro e, sobretudo, responsabilidades. Sem que se dê conta do processo gradual, um dia o jovem olha para si mesmo e se vê um adulto.

É frequentemente na juventude que se costuma questionar os valores e as normas tradicionais de uma sociedade. Por mais intencionado que os pais sejam, muitas vezes transmitem um conhecimento legado por seus genitores que já não se aplica satisfatoriamente ao mundo moderno, este mundo que se transforma tecnológica, social, ideológica, cultural e economicamente. Em vez de conformar-se passivamente às mudanças particulares de sua geração, o jovem esforça-se para se tornar um sujeito ativo de seu destino e, quiçá, contribuir com a edificação de uma história do país que seja mais prazerosa de contar. Com a capacidade imaginativa tão fértil quanto a da infância e com capacidade intelectual tão apta quanto a da vida adulta, o jovem constrói e mantém as utopias.

Complementando o que foi refletido até então, talvez seja artificial tratar a juventude como um grupo social unitário que partilha interesses semelhantes. Com

a globalização crescente e a desigualdade da sociedade brasileira, é possível que os jovens de um bairro nobre em Salvador tenham aspirações, estilos de vida e anseios que se aproximam mais aos dos jovens nórdicos do que daqueles que habitam um bairro periférico da capital baiana. De igual modo, mesmo dentro da classe de estudantes, existe uma enorme diferença entre aqueles que frequentam escolas municipais, escolas federais, escolas particulares, escolas técnicas, escolas militares, escolas internacionais, faculdades privadas e universidades públicas. Em vista disto, talvez seja mais apropriado para uma realidade com divisões sociais tão profundas evitar singularizar a juventude, e sim pluralizá-la: as juventudes.

Por fim, aderir como protagonista a processos de mudanças, como num movimento estudantil, foi uma incumbência árdua. No contexto micro, aqueles que tentam enfrentavam amiúde assimetrias de poder na relação com docentes e dirigentes, além de resistências do próprio alunado. No contexto macro, encararam uma impotência decorrente de uma sociedade de consumo, pautada pelo individualismo e pela competitividade.

Os obstáculos encontrados no caminho não impediram aqueles que se norteavam pelo coletivismo e pela solidariedade, tampouco coibiu aqueles que viam a universidade como muito mais do que uma fornecedora de diploma, ou uma moeda de troca no mercado de trabalho. Assim, o dinamismo dos estudantes, em todas suas conquistas político-históricas, foi retomado, não no sentido de se aplicar um mimetismo de atuações anteriores – visto que cada geração tinha que compreender seu próprio tempo para fazer a antítese dela. Assim, o protagonismo estudantil se tornou útero das concepções que assentavam sobre a práxis da sociedade. Por fim, engajar-se nunca foi uma opção: era uma necessidade daqueles que sonhavam em tornar a utopia uma realidade.

## REFERÊNCIAS

- ADORNO, Theodor W. Die Philosophie ändert, Indem Sie Theorie Bleibt. Gespräch Mit Theodor W. Adorno. [Entrevista cedida a] *Der Spiegel*, [Hamburgo], n. 19, 1969.
- ADORNO, Theodor W. Educação após Auschwitz. In: ADORNO, Theodor W. *Educação e emancipação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995a. p. 117-119.
- ADORNO, Theodor W. Educação contra a barbárie. In: ADORNO, Theodor W. *Educação e emancipação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995b. p. 155-168.
- BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. Fechamento da Faculdade de Medicina e de Farmácia da Bahia, no Terreiro de Jesus, em 14 de junho de 1901, pelo ministro da justiça e negócios interiores, Epitácio da Silva Pessoa, sendo reaberta por Decreto de 19 de janeiro de 1902. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 144, n. 2, 2010.

- BRITTO, Antônio Carlos Nogueira; JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; PARAÍSO, Carol. *Fisionomia de uma data*: 2 de agosto de 1932. Salvador, 2021.
- BUENO, Eduardo. *Brasil: uma história*. São Paulo: Ática, 2003.
- CARPEAUX, Oto Maria. *A batalha na América Latina*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965.
- DAVID, Onildo R. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: Edufba: Sarah Letras, 1996.
- DOURADO, Maria Teresa Garritano. *A história esquecida da Guerra do Paraguai: fome, doenças e penalidades*. 2010. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- FONSECA, Luiz Anselmo da. *A escravidão, o clero e o abolicionismo*. Recife: FUNDAJ: Massangana, 1988.
- FORACCHI, M. M. *A juventude na sociedade moderna*. São Paulo: Pioneira: Ed. UNESP, 1972.
- (A) HISTÓRIA da liderança estudantil na Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: UFBA, 2021. 1 vídeo (1h 35 min). Participantes: Gion Aléssio Brunn, Jorge José Santos Pereira Solla, José Gabriel Sampaio Sales Filho, Jose William Oliveira Dos Santos Justa, Silvio Roméro da Silva Lorangeira Junior, Sinval Malta Galvão. Disponível em: <https://youtu.be/aTywxxX0i6A>. Acesso em: 26 fev. 2021.
- HOBSBAWM, Eric. *Era dos extremos: o breve século XX 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- JACOBINA Ronaldo Ribeiro. Galeria dos Professores encantados. In: JACOBINA Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB*. Salvador: FAMEB-UFBA, 2013a. v. 3, p. 1-299
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; BOMFIM, Diego Espinheira; DULTRA, Lua S. O guardião perpétuo do diretório Acadêmico de Medicina da Bahia, Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 80, n. 1, p. 74-82, 2010.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CHAVES, Leandra; BARROS, Rodolfo. A “Escola Tropicalista” e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 86-93, jul./dez. 2008.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro *et al.* Os acadêmicos de Medicina e os 200 anos da Faculdade de Medicina da Bahia (I): da criação da Escola em 1808 à participação na Guerra do Paraguai (1864-70). *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 1, p. 11-23, jan./ jun. 2008.

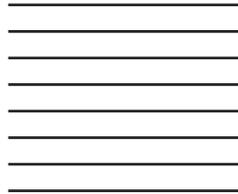
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. O ENADE 2007 e a análise da comissão da UFBA. Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA; Salvador, BA, Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 126-129, 2008a.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Protagonismo dos estudantes. In: JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB*. Salvador: FAMEB-UFBA, 2013b. v. 3, p. 367-460
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Sérgio Cardozo: um estudante de medicina abolicionista e republicano (1853-1933). *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 86-93, jul./dez. 2008b.
- JUSTA, José William dos Santos. *Resgate histórico do Diretório Acadêmico de Medicina: entidade e movimento estudantil*. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.
- MELUCCI, Alberto. Juventude, tempo e movimentos sociais. *Revista Brasileira de Educação*. São Paulo, v. 5, maio/ago. 1997.
- MEMORIAL PROFESSOR JULIANO MOREIRA. *Juliano Moreira: o mestre / a instituição*. Salvador: Empresa Gráfica do Estado da Bahia, 2007.
- MESQUITA, Marcos Ribeiro. Movimento estudantil brasileiro: práticas militantes na ótica dos Novos Movimentos Sociais. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Lisboa, v. 66, p. 117-149, out. 2003.
- PEIXOTO, Afrânio. Um sábio, mestre e amigo. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 179-196, 1933.
- POERNER, Arthur José. *O poder jovem: história da participação política dos estudantes brasileiros*. 5. ed. rev., ampl. e atual. Rio de Janeiro: Booklink, 2004.
- QI dos alunos de medicina é baixo, diz coordenador da UFBA. *ClickPB*, João Pessoa, 30 abr. 2008. Disponível em: <https://www.clickpb.com.br/educacao/qi-dos-alunos-de-medicina-e-baixo-diz-coordenador-da-ufba-33306.html>. Acesso em: 6 fev. 2021.
- SANTANA, Geferson. *Guerra, intolerância e mobilizações na Bahia: sob esforços dos comunistas, a entrada do Brasil na 2ª Guerra mobilizou a população nas cidades baianas e gerou perseguição aos descendentes de alemães, italianos e japoneses*. [S. l.], 1942.
- SILVA, Anderson Luís Santos. *Após a longa noite: as jornadas grevistas de 1975 na UFBA 2016 sobre as greves de 1975*. 2016. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
- SILVA, Ricardo Tadeu Caires. As ações das sociedades abolicionistas na Bahia (1869-1888). In: ENCONTRO ESCRAVIDÃO E LIBERDADE NO BRASIL MERIDIONAL, 4., 2009, Curitiba. *Anais [...]*. Curitiba: UFPR, 2009.

SILVEIRA, Anne Alves. *Sorria, você está sendo espionado: a atuação do serviço de informação na Universidade Federal da Bahia (1972-1979)*. 2019. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

SOUZA, Luiz de Castro. A medicina na guerra do Paraguai. *Revista de História – USP*, São Paulo, v. 37, n. 75, p. 145-173; v.38, n. 78, p. 29-146, 1969.

TOURINHO, Demétrio C. *Memória histórica dos acontecimentos mais notáveis ocorridos no anno de 1870 na Faculdade de Medicina da Bahia*. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 1971.





## 5

# AS MULHERES NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

*Adrielle Conceição de Castro*

*Giovanna Harzer Santana*

*Lorena Lima Almeida*

*Mayara Priscilla de Jesus dos Santos*

*Thayná de Cássia Santos Lopes*

## INTRODUÇÃO

A presença das mulheres no campo científico nos fornece inúmeras possibilidades de indagações que vão desde a construção de conhecimentos científicos, e de seu suposto caráter racionalista, até as recentes discussões sobre a existência de uma ciência feminista com toda a natureza política que esta poderia carregar.

Aspecto importante desse tema é a sub-representação e a pouca participação das mulheres no campo científico. No que tange à prática da Medicina, Iole Vanin (2008) defende que a sistematização da exclusão feminina nessa ciência foi

construída em consonância com a institucionalização da profissão, e com a importância que ela foi adquirindo junto ao corpo social nas mais variadas esferas de poder. A partir da organização das instituições de ensino superior onde os saberes deveriam ser adquiridos oficialmente, as mulheres passaram a ser banidas destes espaços e, por conseguinte, não serem aceitas como profissionais.

A retomada das mulheres aos espaços institucionalizados do conhecimento teve início tardiamente, no século XIX, em alguns casos de forma pontual e em outros de maneira mais abrangente, pleiteando essas colocações coletivamente. No Brasil, tanto as discussões sobre a entrada das mulheres no ensino superior, quanto as condições em que estas atuariam como profissionais, foram altamente acirradas. Os debates acerca deste assunto tinham como principal preocupação as mulheres brancas de classe alta. Estas passaram a ter a oportunidade de estudar nas universidades do Brasil após a reforma Leôncio de Carvalho, em 1879. Diferente das mulheres das camadas mais pobres da população, em geral negras e trabalhadoras, que tinham a rua como espaço corriqueiro em seu dia a dia. As futuras médicas haviam sido criadas numa lógica patriarcal diferente que distinguia e delimitava os lugares onde poderiam transitar.

Essas mudanças alcançavam em outro sentido algumas mulheres de camadas sociais baixas, que eram em sua maioria negras. Sendo possuidoras de um conhecimento informal, praticantes da arte de curar sem uma validação científica, como as parteiras, foram atingidas pelos novos regulamentos e dispositivos legais que delimitavam essas atividades e cerceavam o direito de as exercer. Se por um lado o Estado procurou controlar essas mulheres no espaço público, por outro a presença delas era considerada comum.

Mais de um século depois da formatura da primeira médica brasileira, as mulheres, de maneira geral, alcançaram números vitoriosos na Medicina, sendo 57,4% (MULHERES..., 2019) entre os médicos mais jovens no Brasil. Indo na contramão desses dados, as mulheres negras continuam tendo dificuldade e sendo minoria nas chamadas ciências duras, como a Medicina. Os dados mais atuais apontam que as mulheres são maioria no ensino superior (NEVES, 2019), mas esse número vai decrescendo quando se observa os quadros de pós-graduação e ganham contornos abismais nas chamadas ciências duras.

A partir desse cenário adverso e em meio ao quadro mundial de pandemia, a notícia do primeiro mapeamento do genoma do coronavírus na América Latina, feito por uma equipe majoritariamente feminina e que tem como componente uma médica negra e baiana, salta aos olhos. O grupo que fez o sequenciamento é composto por três biomédicas, Ingra Morales, Flávia Salles e Jaqueline Goes de Jesus; uma farmacêutica, Erika Manuli; e a médica, que lidera as pesquisas, Ester Sabino. Dentre as componentes somente Jaqueline é uma cientista negra, e foi

justamente ela quem coordenou o mapeamento do genoma, feito em apenas 48 horas, enquanto outros países chegaram a levar 15 dias para obter resultados similares. O método utilizado foi trazido ao Brasil por Ester Sabino, chefe do grupo, que dedicou boa parte de sua vida à pesquisa, sendo a primeira mulher a dirigir o Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo (USP). (LIMA, 2020)

A experiência dessas mulheres, num grupo heterogêneo em que encontramos um recorte geracional e de raça, dá mostras da capacidade e eficiência com que as cientistas brasileiras vêm desenvolvendo os seus trabalhos. O fomento à pesquisa através de agências que viabilizam e patrocinam os estudos são de suma importância para que as mulheres consigam, cada vez mais, adentrar nos espaços que historicamente foram legados aos homens.

O contexto atual nos fornece uma oportunidade de discutir a presença feminina e negra nas ciências; a urgência de uma educação de qualidade e universal, há séculos negada, sobretudo à população negra; e o fomento à pesquisa científica no Brasil. É inadiável que façamos dessas oportunidades campos de lutas para que as próximas gerações de mulheres possam sonhar em serem cientistas, médicas, engenheiras, professoras nas mais diferentes áreas. Ocupando os espaços que por séculos lhes foram negados.

## **A FEMINIZAÇÃO DA MEDICINA**

Assim como a carreira militar e a eclesiástica, a Medicina também era tida como uma vocação masculina, considerada inadequada às mulheres por razões morais e preconceituosas. No Brasil, o acesso das mulheres aos cursos superiores, incluindo Medicina, só foi legalizado e formalizado a partir da lei Leôncio de Carvalho (1879), citada anteriormente, a qual implementou: o ensino livre, a não obrigatoriedade do ensino religioso, frequência não obrigatória nos cursos superiores e a educação superior feminina. (BEIRIZ et al., 2019)

O número de mulheres que ingressam no curso de Medicina vem crescendo. Atualmente, o volume de mulheres é superior ao de homens nas instituições de ensino, e, no grupo com 29 anos ou menos, as mulheres já representam a maioria na profissão. Tal processo é denominado “feminização” da Medicina e representa uma consequência dos movimentos feministas que não se limita ao âmbito estatístico, mas inclui também manifestações e/ou desigualdades (?) de gênero nas escolhas e no exercício de atividades laborais. (MINELLA, 2017)

A feminização da Medicina é um fenômeno global. De acordo com levantamento da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), as mulheres passaram a ter maior representatividade na profissão em 30 países

que integram esse bloco. Passaram de 28%, em 1990, para 38%, em 2005, do total de médicos. (MINELLA, 2017)

Em países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Estados Unidos, Suíça, Alemanha e Holanda, as mulheres representam em torno de 60% dos novos licenciados. Na Austrália e em Portugal, no final da década de 1990, elas já representavam, respectivamente, 68% e 69% dos novos ingressantes. (ÁVILA, 2014, p. 143)

Todavia, mesmo representando um avanço, tais dados dizem mais sobre a redução da exclusão de um sexo em relação ao outro, que a igualdade e/ou equidade social. (BEIRIZ et al., 2019) Restrições, discriminações, assédio e preconceito marcaram o início da inserção feminina na Medicina, e, se fazem presente até os dias atuais nas discrepâncias entre salários e funções, de maneiras sutis ou mais diretas, principalmente em áreas mais técnicas, como a cirurgia, que faz uso de tecnologia mais avançada, oferecendo maior prestígio. (ÁVILA, 2014) Até a década de 1960, as poucas cirurgiãs da época atuavam num cenário hostil: ausência de vestuário feminino, eram vítimas de comentários desagradáveis e confundidas com instrumentadoras ou enfermeiras. Além disso, era comum a rejeição também por parte dos pacientes que preferiam ser atendidos por cirurgiões homens. (BEIRIZ et al., 2019) Infelizmente, ainda é possível encontrar situações como essas, atualmente, nessa área e em outras.

Com a presença feminina na Medicina, ocorreu também certa desvalorização da profissão e evasão masculina de algumas especialidades tidas como “mais femininas”, a exemplo: Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria. De acordo com Bourdieu (1999, p. 23), esse fenômeno é a “permanência dentro da mudança e pela mudança”. Ou seja, com a feminização, a profissão passa a ser menos valorizada e tida como inferior, configurando então uma “desvalorização duplicada”, visto que além de provocar um grande abandono da força de trabalho masculina, ocorre também na desvalorização social ou econômica da profissão. (BEIRIZ et al., 2019)

Outro obstáculo enfrentado por mulheres diz respeito à falta de acolhimento institucional para conciliação entre carreira, estudos e família. Aspectos como políticas institucionais, condições de formação e requisitos de processos seletivos para especialidades são inadequados à realidade feminina. (ÁVILA, 2014) Inclusive, tal fator é determinante na hora da escolha da especialização médica: enquanto homens optam por uma profissão ou especialidade de acordo com seus desejos, as mulheres enfrentam desafios intrínsecos às questões de gênero/sexo. (FRANCO, 2010 apud BEIRIZ et al., 2019)

Em suma, a discriminação de gênero, as vezes de forma sutil outrora mais encorpada, através de barreiras (diretas e indiretas) encontra-se enraizada na

cultura médica, gerando desigualdade. No âmbito profissional existe sobrecarga, falta de recursos e autoridade suficientes para as mulheres, desencadeando em estresse e esgotamento físico e mental. Considerando o aumento do número de mulheres como força de trabalho na Medicina, instituições, bem como autoridades de formação, devem criar mecanismos de formação alternativos que incluam as mulheres em condições de equidade. Afinal, a função médica relaciona-se a tratar doenças, amenizar sofrimentos, confortar, reabilitar, promover a saúde e o bem-estar, ou seja, aspectos que independem de gênero/sexo.

## **O CURSO DE OBSTETRÍCIA**

O *Corpus Hippocraticum* – conjunto dos tratados médicos atribuído a Hipócrates – é um grande legado para o que hoje se entende por Medicina moderna. Porém, é preciso ter em mente que nem todas as obras desse compilado são de autoria do intitulado pai da Medicina. Há, na verdade, ali grande contribuição feminina, posto que as atividades ligadas à vida e a sua manutenção, – como parto, prevenção de doenças e cura – por gerações, estiveram ligadas às mulheres e aos saberes populares. (VANIN, 2008, p. 19)

A historiadora Iole Vanin (2008) revela um interessante fio condutor para refletir sobre o que até hoje se compreende como o papel feminino no campo da saúde. Pois, como visto, ao passo que a atividade científica se institucionalizou, o papel da mulher na ciência foi transformado em secundário – cabendo a elas financiar ou auxiliar figuras masculinas. Assim, a Medicina excluiu as mulheres da parte ativa do processo por questões relacionadas ao poder, já que, além da cura, a Medicina viabiliza também o controle e normatização dos indivíduos e seus corpos, como elucida Foucault (1985), ao tratar a Medicina como estratégia biopolítica.

Assim foi também no Brasil, pois a partir da fundação da primeira escola de Medicina da Bahia, em 1808, o fazer científico e os processos relacionados à saúde tornaram-se “coisa de homem”. De acordo com a reforma do ensino médico da Bahia, instituída pela Carta Régia de 29 de dezembro de 1815, o Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia ampliaria para cinco anos o curso de medicina, incluindo a cadeira de Obstetrícia no último ano – o parto seria uma questão médica ministrada e estudada apenas por homens. (COSTA, 2007)

Um fato que chama atenção é que, desde 1832, com a lei do ensino médico, as faculdades de Medicina receberam o direito facultativo de se responsabilizar pelos cursos de farmacêutico e de parteira – este último contando não só com a cadeira de Obstetrícia, mas com a prática no hospital da Santa Casa da Misericórdia da Bahia. (COSTA, 2007)

A edição da *Gazeta Médica da Bahia* de março de 1901, no intuito de ser um guia aos estudantes com intenção de se inscrever nos cursos da faculdade naquela época, revelou que o curso de Obstetrícia, que conferia o diploma de parteira, deveria ser feito em dois anos. Incluía estudos como Anatomia Descritiva, Médica e Cirúrgica da Bacia e dos Órgãos Gênitó-urinários da Mulher, e Clínica Obstétrica limitada à prática do parto natural e à pequena intervenção obstétrica. De acordo com a revista, as parteiras atuavam como auxiliares dentro da faculdade, atendendo aos professores da cadeira de Obstetrícia. (NÚMERO DOS ESTUDANTES..., 1901)

É importante ainda notar que apesar da lei, previamente explorada neste capítulo, que permitiu às mulheres o direito de obter o grau acadêmico no Brasil, o destaque feminino se mostrava menor dentro da faculdade. A responsável pelo editorial citado anteriormente era Francisca Prager Fróes, médica e mulher, retratada melhor a seguir. No entanto, apesar do artigo “As mulheres médicas”, publicado na mesma edição de março de 1901, o curso de parteira foi o menos detalhado, possuía menos cadeiras, menos pré-requisitos para participação, mas assim como os demais, pagava diversas taxas. (NÚMERO..., 1901)

Ademais, se os outros cursos eram intitulados pela profissão, o curso de Obstetrícia era frequentemente chamado “curso de parteiras”, no feminino, como se só mulheres pudessem realizá-lo.

## **PRIMEIRA MÉDICA: RITA LOBATO**

Minha filha, se fores médica algum dia, pratica sempre a caridade. (CAPUANO, 2003)

O pedido que Rita Carolina, mãe de Rita Lobato Velho Lopes, fazia por vezes à filha, fortaleceu a sua decisão de ser médica. O que talvez nenhuma delas esperava, era que a entrada de Rita Lobato na Faculdade de Medicina não representaria apenas um grande marco para a sua vida pessoal, mas também para a história da luta feminista pelo direito à educação no Brasil. 10 de dezembro de 1887: nessa data Rita Lobato Velho Lopes se tornou a primeira mulher a se formar em Medicina na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), e a primeira médica diplomada em uma faculdade brasileira. (CAPUANO, 2003) Porém, essa história começou anos antes.

Rita Lobato Velho Lopes, filha de Francisco Lobato e Rita Carolina Velho Lopes, nasceu em 07 de junho de 1866 na cidade de São Pedro do Rio Grande, no Rio Grande do Sul. Com poucas semanas de vida, foi morar na Estância de Santa Izabel em decorrência do trabalho do seu pai como comerciante de charque. Aos nove anos, sua família se mudou para Pelotas, cidade onde frequentou boa parte do início da sua vida escolar. (SILVA, 1954)

Alguns anos depois, em 1879, um decreto começou a mudar a história da FMB que, até aquele momento, completaria 71 anos sem a graduação de mulheres no curso médico. A Reforma Leôncio de Carvalho, através do Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879, estabeleceu os ensinamentos primário, secundário e superior livres em todo o Império, sendo um marco na trajetória da igualdade e o direito da mulher à educação, em especial para a história das mulheres na FMB. (BRASIL, 1879)

Todavia, um acontecimento mudou a vida de Rita. Em 3 de junho de 1883, enquanto estudava em Porto Alegre para os exames preparatórios para adentrar a faculdade, sua mãe faleceu por choque hipovolêmico consequente a hemorragia no parto do seu irmão caçula. Ao todo, Rita teve 13 irmãos e irmãs. (LIMA, 2011) Apesar de ficar consternada com a notícia, o ocorrido revigorou a sua vontade de fazer a diferença sendo médica. (CAPUANO, 2003)

Como três de seus filhos tinham pretensão de seguir carreiras na área da saúde, Francisco se mudou para o Rio de Janeiro com cinco filhos, em 1884. Logo depois de chegar na cidade, em 31 de março daquele mesmo ano, Rita Lobato se inscreve no curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro onde seus irmãos, Antônio e Matias, também se inscreveram em Farmácia, sendo posteriormente diplomados em Medicina. (LIMA, 2011)

Nesse mesmo ano, Antonieta Dias, Ermelinda Lopes de Vasconcellos e Maria Amélia Cavalcanti de Albuquerque também se matricularam na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em seu primeiro ano de estudo, Rita recebe nota plena nas disciplinas, o que chama bastante atenção. Porém, devido ao envolvimento do seu irmão em protestos contra a Reforma Felipe Franco de Sá, que alterava os estatutos das faculdades, seu pai achou prudente se mudarem novamente. (CAPUANO, 2003)

Em 18 de maio de 1885, ela se transferiu para a FMB. Lá sua trajetória teve marcos importantes, como o fato de Rita conseguir concluir os cinco anos restantes de curso em apenas três. A Reforma Felipe Franco de Sá, promulgada pelo Decreto nº 9.311, em 25 de outubro de 1884, e que havia sido motivo de desavença dos seus irmãos, permitia que os estudantes antecipassem os exames. Logo, Rita estudava nas férias e cursava o máximo de disciplinas possível para poder se formar antecipadamente. (SILVA, 1954)

Sobre sua recepção na faculdade, era comum que houvesse receio das estudantes, tendo em vista que a presença feminina nas instituições de ensino era algo novo para a sociedade. Mas Rita surpreendeu-se com o acolhimento recebido, tanto no Rio de Janeiro como em Salvador. (SILVA, 1954) Inclusive, em sua tese as duas instituições são citadas nos agradecimentos “Às Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, homenagem ao saber”. (LOPES, 1887)

Em 24 de novembro de 1887 defendeu sua tese doutoral, intitulada *Parallelo entre os métodos preconizados nas operações cesarianas*, aprovada com distinção por todos os membros da comissão arguidora. E em 10 de dezembro, no salão nobre da Faculdade de Medicina, Rita Lobato se formou médica, escrevendo seu nome na história. (SILVA, 1954) Após a formatura, Rita voltou com sua família para o Rio Grande do Sul, onde se dedicou por um ano e meio à Obstetrícia. Em 1889, casou-se com Antônio Maria Amaro de Freitas, seu primeiro namorado, passando a usar o nome Rita Lobato Freitas. Já no ano seguinte o casal foi agraciado pela chegada de Isis Lobato Freitas Silveira, sua primogênita e única filha. (SILVA, 1954)

Rita seguiu na Medicina, atendendo no Rio Grande do Sul até 1925, quando encerrou suas atividades. Após o falecimento do seu esposo, em 1926, participou de organizações do movimento feminista que reivindicavam a representatividade e direitos políticos da mulher. Em 1934, filiou-se ao Partido Libertador e tornou-se a primeira vereadora de Rio Pardo. Foi ativa politicamente até o seu falecimento em 6 de janeiro de 1954. (CAPUANO, 2003)

No dia 16 de novembro de 2010, a FMB prestou sua homenagem pública a Rita Lobato Velho Lopes, eternizando o seu pioneirismo ao intitular o prédio da FMB/UFBA no *campus* Canela como “Anexo I – Faculdade de Medicina da Bahia ‘Doutora Rita Lobato Velho Lopes’”. (LIMA, 2011)

## **PRIMEIRA MULHER NEGRA: MARIA ODÍLIA**

Em 15 de dezembro de 1909, na noite de sua formatura, Maria Odília Teixeira alcançou vários feitos inéditos. Além de inaugurar a participação de mulheres negras na FMB, foi a primeira médica formada no século XX no Brasil, tendo defendido com singularidade sua tese doutoral sobre cirrose alcoólica. (JACOBINA, 2013)

Nascida em São Félix e filha de Josephina Luiza Palma e José Pereira Teixeira, Maria Odília foi fruto de um casal interracial, algo significativo para sua vida. De um lado sua mãe, filha de uma escrava que foi alforriada, teve sua trajetória de vida marcada por sua condição de cor e sua ascendência; de outro o seu pai, homem branco e de família tradicional do Recôncavo Baiano que, talvez atendendo a padrões morais e raciais do período, não oficializou a união, mas legitimou seus filhos com Josephina e propiciou educação formal a todos.

Com apenas 14 anos, Maria Odília viajou para Salvador. Seu objetivo foi estudar no curso de Letras e Ciências, no prestigioso colégio Ginásio da Bahia. Em sua bagagem, além dos livros e roupas, carregou consigo o nome de seu pai e a cor de sua mãe. Odília, atenta aos debates sobre a educação superior para as mulheres, e às opções que flutuavam à sua frente, foi estudar no curso de Letras e Ciências com fins a acessar o valorizado curso de Medicina.

Ainda sem o diploma de bacharela em Letras e Ciências em mãos, Maria Odília deu entrada na petição para cursar Medicina na FMB. No início de 1904, a faculdade primaz do Brasil recebeu a sua primeira aluna negra. Anteriormente, a FMB já havia comportado em seus quadros a presença de estudantes negros, alguns inclusive chegaram a assumir o cargo de professores, mas todos eram homens. Para além de sua cor, Odília encontrou um ambiente masculinizado. Em sua turma, a estudante “dividiu” os bancos escolares com 48 homens, provavelmente, só tendo contato com cinco mulheres do curso de parteiras, instituído em 1832. Até 1909, ano em que Odília se formou, Joaquim Pereira Teixeira, seu irmão, a acompanhou dentro do ambiente da faculdade. Estratégia utilizada por outras pioneiras para permanecer e se “proteger” nesses espaços. Completando o cenário encontrado pela estudante, as teorias racistas e higiênicas seguiam presentes entre a comunidade da faculdade.

Recém egressa do curso, a mais nova médica das terras baianas buscou esteio para iniciar nos misteres da profissão ao lado de sua família e em sua cidade natal. Maria Odília, aos 25 anos, em 1909, tinha pela frente grandes desafios. A médica carregava consigo dois marcadores que a distinguiam entre os praticantes da Medicina no início do século XX: ser mulher e negra. Durante os seus primeiros anos de profissão, ela e seu irmão, também médico, contaram com o auxílio de seu pai, José Teixeira por ser médico reconhecido e muito experiente. Explorando as suas possibilidades de clinicar, a médica, ano após ano, fortaleceu e expandiu sua clientela, integrando em diversas ocasiões as páginas das seções de “Agradecimento” e de “A pedido” do jornal local. Esses atendimentos publicizados no jornal *A Ordem*, eram em sua maioria de uma clientela feminina.

Os cinco anos em que desenvolveu Clínica Médica no Recôncavo Baiano deram esteio à médica para o seu novo desafio: ocupar um importante cargo na FMB. (SANTOS, 2019) E o vapor de 30 de novembro de 1914 seguiu pelo Rio Paraguaçu levando uma viajante ilustre, Maria Odília partia rumo a capital para tomar posse de seu cargo de parteira na FMB, o que correspondia a auxiliar de ensino de Clínica Obstétrica.

Ao retornar para tomar posse de seu cargo, Maria Odília encontrou, no corpo docente da FMB muitas semelhanças com o cenário deixado anos atrás. Os 33 membros da congregação e 4 professores, somavam 37 catedráticos – todos homens. Em 28 de novembro de 1914, a médica foi nomeada “parteira” da Maternidade Climério de Oliveira, em atenção ao pedido do prof. Menandro dos Reis Meirelles Filho. Por lei, Odília passou a ocupar o cargo de assistente de ensino da cadeira de Clínica Obstétrica, sendo a primeira mulher negra a ensinar na FMB. (JACOBINA, 2013)

Após reiterados pedidos de licença, em 7 de agosto de 1917, Maria Odília pediu exoneração do cargo que ocupava na FMB. O motivo não foi evidenciado, no entanto, a delicada saúde de seu pai pode ter sido a causa para tal. Segundo seu filho, José Léo Lavigne, em dado momento da vida, “acometido de asma, José Pereira preferiu se mudar para Irará, pois lá se encontrava clima mais propício para a sua moléstia”. A partir desse cenário, Odília pode ter entendido que cuidar de sua família era sua grande prioridade, já que teria que permanecer junto dos seus durante toda a sua vida.

Quatro anos após pedir exoneração da Maternidade Climério de Oliveira, Odília encontrava-se com sua família instalada na cidade de Irará; a esta altura a médica somava 37 anos. Na cidade, a médica dividia o tempo entre os cuidados com seu pai, que já não conseguia desenvolver a Clínica Médica como antes pelo adiantado de sua idade e sua condição clínica, e a sua clientela. Ainda com a família Teixeira-Palma em Cachoeira, antes da mudança definitiva a Irará, Eusínio Lavigne foi apresentado a José Teixeira, pai da médica.

Eusínio Lavigne era advogado, membro de uma das famílias de cacauicultores mais ricas do sul baiano, neto de alemães e italianos. Conquistando uma vasta clientela no Recôncavo Baiano, foi cada vez mais estreitando os laços com a família do médico Teixeira; logo, essa amizade se estendeu a Maria Odília. A partir dessa relação, Eusínio a pediu em casamento, obtendo negativa em resposta. Somente após o intermédio de uma amiga e dos conselhos de seu pai, a médica voltou atrás, aceitando o pedido. Anos mais tarde, Eusínio confidenciou que Maria Odília já previa “preconceitos raciais”. (LAVIGNE, 2009)

Casaram-se no dia 22 de março de 1921, tiveram dois filhos e ficaram juntos até a morte de Odília em 1970, que foi seguida por seu marido pouco mais de um ano depois. Maria e Eusínio enfrentaram racismo dentro da família do advogado e, provavelmente, na cidade de Ilhéus, onde esse veio a ser prefeito na década de 1930. Maria Odília encerrou a sua carreira médica após seu casamento com Eusínio Lavigne.

Dentre os caminhos que a levaram a essa escolha, se é que foi uma escolha, pode-se considerar que permanecer trabalhando poderia de alguma forma prejudicar o seu casamento ou o próprio Eusínio em sua carreira e diante de sua família. A memória familiar defende que o encerramento da carreira da médica ia de encontro à vontade de Eusínio. Assim, é possível que o fim de sua carreira significasse renunciar a uma conquista que tinha custado muito a si e à sua família, e que esse tenha sido um preço alto a pagar por se casar com um homem como Eusínio Lavigne. Podemos ler a sua decisão como uma troca que a médica pode ter considerado justa e até satisfatória.

É preciso se despir de um olhar contemporâneo sobre o papel social que a mulher ocupa e, principalmente, do papel de um tribunal atemporal, em que Maria Odília é ora condenada pela sua desistência, ora é vista como vítima, como um ser passivo. Pois, sua própria trajetória mostra que, para essa mulher, papéis determinados não lhe cabiam, sendo todos limitadores. Maria Odília, assim como outras tantas mulheres, tornou-se muitas.

## **PRIMEIRA PROFESSORA: FRANCISCA PRAGUER**

O início do processo de industrialização, o arquétipo de feminilidade do século XIX e a idealização de um suposto determinismo biológico foram fatores consideráveis para o afastamento da mulher de espaços laborais fora de casa. Com o passar dos anos, a luta feminista contra o machismo, e conseqüentemente pela igualdade de direitos entre os sexos possibilitou a conquista de outros espaços de trabalho. (LAUXEN et al., 2017) No entanto, é importante salientar que o uso da força de trabalho feminina se fez em condições de assimetria nas relações de trabalho no que diz respeito a critérios de seleção, qualificação, carreira e remuneração. (LOBO, 1991) Esses fatores contribuem para que mulheres estejam menos presentes em cargos de maior *status*.

Essa realidade reflete no âmbito do ensino, em que mulheres sempre estiveram bastante presentes no magistério para a educação básica, porém no ensino superior sua presença é pouco expressiva, já que tais áreas são majoritariamente masculinas, dificultando a firmação das mulheres nessas carreiras. (LAUXEN et al., 2017)

Na FMB o atraso de 85 anos na inserção de mulheres no cargo de professoras também nos chama atenção. A primeira professora foi Francisca Prager Fróes (1872-1931), formada na mesma faculdade, no ano de 1893, sendo também pioneira no âmbito da pesquisa – a primeira pesquisadora vinculada ao corpo docente da FMB. (AZEVEDO, 2008) Ainda em 1893, Francisca foi designada para o cargo de parteira na maternidade da FMB, cargo este que, de acordo com o Decreto nº 8.659, de 5 de abril de 1911, se caracteriza como auxiliar de ensino. (JACOBINA, 2016)

Baiana, nascida na cidade de Cachoeira, Francisca Prager foi a quinta mulher a se formar na FMB, tendo se especializado em Ginecologia e Obstetrícia e exercido a Medicina na cidade de Salvador. Atuou na Clínica de Partos do Hospital Santa Izabel e, posteriormente, na Maternidade Climério de Oliveira, onde esteve até o ano de 1914, quando se aposentou por motivos relativos à saúde. (AZEVEDO, 2008; RAGO, 2008) A médica também integrou a equipe editorial da *Gazeta Médica da Bahia*, mais uma vez sendo pioneira no cargo (AZEVEDO, 2008) e constituindo, até o ano de 1928, a única redatora da renomada revista. (RAGO, 2008) Fora também

a primeira mulher a publicar no periódico. (VANIN, 2008) Além disso, Francisca também esteve ligada à Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, à Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia, à Sociedade de Medicina e à Sociedade Médica dos Hospitais. (AZEVEDO, 2008)

A médica baiana teve uma trajetória política digna de ser lembrada. Filha de Henrique Prager, um engenheiro imigrante judeu e croata, e de Francisca Rosa Barreto Prager, uma autodidata extremamente crítica ao imaginário social que concebia mulher enquanto figura frágil que deveria estar restrita ao lar. Francisca Prager foi notadamente influenciada pelos ideais da mãe. Tornou-se militante como jornalista em movimentos feministas da época, sendo este meio de comunicação o local onde ela veiculava concepções feministas. Participou do surgimento da Federação Bahiana pelo Progresso Feminino (FBPF) e da União Universitária Feminina (UUF), tendo sido eleita presidente da última pouco antes de falecer. (RAGO, 2008)

A médica foi uma das primeiras mulheres a se posicionar a favor do divórcio na Bahia, o que pode ser considerada uma atitude relativamente transgressora, uma vez que tal postura constituía uma ofensa à Igreja Católica em uma sociedade em que a educação feminina se voltava para a moralidade, para a religião e para o aprendizado sobre o cotidiano doméstico. (RAGO, 2008) Além disso, dedicou-se, durante seu exercício médico, ao cuidado de mulheres de camadas sociais menos favorecidas e na defesa do direito feminino:

Ao que parece, o contato intenso da médica com a miséria feminina provocou uma reação e um impulso para que ela lutasse pela saúde da mulher de diferentes condições sociais, pela proteção do corpo feminino contra as doenças sexualmente transmissíveis, por uma gravidez sob cuidados médicos (pré-natal), pela moral sexual, contra o adultério e contra o descaso dos governantes em relação às condições sociais das gestantes. (RAGO, 2008, p. 990)

Francisca Prager também foi atuante na luta pela cidadania feminina, lutando para que as mulheres tivessem direitos, especialmente à saúde e ao voto. (RAGO, 2008) Suas publicações em jornais – *A Tarde*, *Diário da Bahia*, *Jornal dos Clínicos* e *Revista Feminina* – envolviam reflexões acerca de educação, trabalho remunerado, religião, saúde da mulher e capacidade intelectual feminina. (RAGO, 2005) Além disso, Francisca também refletia sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e problematizava tais ocorrências, culpando o sexo masculino que fazia com que as mulheres fossem afetadas de maneira física, moral e psicológica por conta dessas patologias.

Francisca Pragner faleceu aos 59 anos, na cidade do Rio de Janeiro (RAGO, 2008), deixando esse legado considerável tanto na área técnica quanto no feminismo.

## **A PRIMEIRA DIRETORA DA FMB<sup>1</sup>**

No dia 10 de outubro de 1957, na cidade de Salvador, Bahia, nasceu Lorene Louise Silva Pinto, a primogênita entre os seis filhos do casal Dilza Silva Pinto, professora formada pelo Instituto Normal da Bahia, e Jorge dos Santos Pinto, técnico em contabilidade e servidor público federal. Ela se tornou a primeira e única mulher a assumir o cargo de diretoria da FMB, após 203 anos de existência da instituição.

Em entrevista, Lorene Pinto conta que viveu sua infância e adolescência na Cidade Baixa, no bairro do Bonfim. Oriunda de escolas públicas, o incentivo e a cobrança pelo bom desempenho nos estudos sempre estiveram presentes na família. Seu interesse pela Medicina surgiu a partir da admiração e convivência com o pai de uma amiga e vizinha, que era médico e cirurgião pediátrico no Hospital Martagão Gesteira e permitia-lhe observar seus livros e equipamentos médicos: os livros de medicina com suas folhas acetinadas e as histórias que ouvia encantavam a jovem.

Sempre preocupada com as desigualdades sociais, ao ingressar no curso colegial, nossa primeira diretora já havia decidido que faria Medicina e que iria buscar um caminho para a docência, outra profissão que lhe encantava, tendo influência de alguns familiares. Lorene costumava brincar de escola com seus irmãos e amigos vizinhos. Nessa época, graças ao seu bom currículo escolar, ela conseguiu uma bolsa de estudos e então fez o curso de inglês na Associação Cultural Brasil Estados Unidos (ACBEU), cuja formatura lhe possibilitou dar aulas de inglês em escola infantil.

Mesmo ciente de que sua escolha não seria fácil, pois ela vinha de uma família humilde, continuou lutando a fim de alcançar seu sonho e conquistar seu espaço. Na época em que Lorene prestou vestibular, só existiam cursos de medicina na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Por não ter condições financeiras de pagar um curso particular, ingressar na UFBA era a única opção naquele momento, não obtendo êxito na primeira tentativa.

Na segunda vez em que prestou vestibular, tentou na EBMSP e na UFBA, passando na primeira e ficando na lista de espera da segunda. Até que sua mãe

---

1 Os dados desta seção estão baseados na entrevista realizada com a profa. Lorene Pinto em janeiro de 2021. Entrevistadora: T. Lopes. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 2021. Entrevista concedida à equipe organizadora do livro História da Medicina.

descobriu a existência de uma bolsa pelo Ministério da Educação cujo pré-requisito era ser filha de servidor público federal e ter um bom histórico escolar. Então, Lorene Silva Pinto ingressou como acadêmica de Medicina na EBMSP, em 1977, obtendo o diploma de médica em 1982.

Durante sua trajetória acadêmica houve muitos questionamentos sobre algumas disciplinas e o modelo de formação médica em geral. Surge então o desejo de participar da militância estudantil e o engajamento nos movimentos. No corpo docente a presença feminina ainda era minoria e poucas docentes mulheres tinham destaque no ambiente acadêmico. Por sua vez, no corpo discente isso era mais equilibrado e havia muitas mulheres nas lideranças de turmas na escola. A luta também ultrapassava os limites das escolas, por uma sociedade mais justa.

Nessa fase acadêmica também surge a admiração por Clínica Médica e pelas leituras que fazia acerca da Saúde Coletiva, o que levou a sua participação no grupo de estudos com o prof. Jairnilson Silva Paim, docente do Departamento de Medicina Preventiva da FMB, no quarto ano de curso. Também fez o pré-internato opcional em Clínica Médica no quinto e sextos anos de graduação, no Hospital Santo Antônio, sendo da primeira turma de Clínica Médica do hospital. Tendo o primeiro contrato de trabalho assinado pela hoje Santa Dulce, como médica clínica do hospital, quando da inauguração do novo prédio, em 1983.

Lorene prestou concurso para residência médica em Medicina Preventiva e Social (MPS), sendo também aprovada para médica clínica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), vínculo que mantém até hoje. Depois que terminou a residência de MPS na FMB, fez seleção para professora substituta e depois para efetiva, começando a ensinar em 1987, cinco anos após formada.

Desde que iniciou como docente na FMB, Lorene mostrou-se comprometida com a graduação tida por ela como “a razão de ser da faculdade”, se envolvendo em todos os movimentos internos de mudança do currículo e levantando questões. Ela assumiu diversas funções em seu departamento, foi membro do colegiado e de comissões de reforma do curso. Logo, em 2010, surgem incentivos por parte do diretor na época, de colegas docentes e de muitos estudantes e servidores administrativos à candidatura de Lorene para diretoria da FMB. Então, ela se inscreveu para o cargo juntamente com o prof. Luís Fernando Fernandes Adan na vice-diretoria obtendo êxito com a maioria dos votos.

Após 203 anos de fundação, foi empossada a primeira e única mulher diretora da FMB, representando um marco para a faculdade e para as mulheres na época e da geração atual, fato que gerou grande movimentação da imprensa. Apesar de assumir num momento difícil, no qual o curso estava mal avaliado, foi uma gestão de sucesso com grandes feitos, como a construção do anexo do Canela e a saída do curso da nota 2, em 2010, para 4, em 2014.

*“Nós mulheres não devemos abrir mão dos espaços que podemos e devemos ocupar!”.*

(Lorene Louise Silva Pinto)

## **AS MULHERES NO PROTAGONISMO ESTUDANTIL DA FMB**

O protagonismo estudantil na FMB foi marcado pela atuação de diversas entidades estudantis, tais como a Sociedade de Beneficência Acadêmica e a Sociedade Alfredo Brito, que posteriormente deram origem ao diretório acadêmico. Em 2021, o Diretório Acadêmico de Medicina Pedro Benedicto (Damed) é a instituição de legítima representação dos estudantes da graduação em Medicina da UFBA. Entre seus princípios basilares, elencados no art. 2º do seu estatuto aprovado em 2006, estão a

defesa da Vida, dos Direitos Humanos, do Sistema Único de Saúde, de acordo com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, a defesa da educação médica voltada para transformação social, geradora de uma melhor qualidade de vida da população e, a defesa da Universidade pública, laica, gratuita, de qualidade e referendada pela Sociedade. (DIRETÓRIO ACADÊMICO DE MEDICINA, 2006, p. 17)

O diretório acadêmico teve o seu primeiro estatuto aprovado em 5 de maio de 1941. Todavia, de acordo com os registros da história recente da FMB, as mulheres somente aparecem na coordenação geral do Damed a partir do ano de 2003, quando Lívia Maria Bomfim Mendes, formada em 2006.2, divide o cargo da coordenação-geral com Moisés de Melo Sampaio e Rosse Carneiro Osório, formados em 2005.2 e 2007.2, respectivamente. Já em 2007, Luamorena Leoni Silva, que colou grau em 2012.1, se torna coordenadora-geral do diretório acadêmico. (JACOBINA, 2013)

A história de Luamorena Leoni Silva na UFBA se inicia no seu ingresso no curso de Oceanografia.<sup>2</sup> Contudo, durante a greve de 2004, a partir do contato com estudantes de Medicina, passou a acompanhar as atividades do diretório acadêmico do curso. Em 2006 Luamorena ingressa na FMB, e é evidente que os seus caminhos na vida acadêmica e nos movimentos sociais se tornaram uma só trajetória. Do 1º ao 12º semestre ocupou funções na estrutura do diretório, fosse na

---

2 As declarações de Luamorena Leoni Silva referidas neste capítulo foram retiradas de uma entrevista realizada com ela no dia 7 de janeiro de 2021. A entrevistada autorizou o uso de tais informações pela equipe de coordenação do livro.

representação de departamentos, congregação, comissão do internato ou na construção de projetos com protagonismo do Damed.

Entre os projetos que Luamorena participou no diretório, destaca-se o Projeto de Prevenção e Promoção de Saúde em Áreas de Reforma Agrária (Projetão), que além das ações práticas interdisciplinares em assentamentos do Movimento Sem Terra, também foi um meio de pensar o currículo e as prioridades do ensino médico de acordo com os determinantes sociais em saúde. Ainda com foco na educação médica, durante a sua coordenação, formou-se a Comissão da Transformação Curricular, sob coordenação da profa. Helenemarie Schaer, e composta por professores como José Tavares Neto, diretor da FMB/UFBA na época, Mônica Angelim Gomes de Lima, coordenadora do colegiado, profa. Iguaracyra Araújo, além de estudantes do diretório. Sobre o desafio do estabelecimento dessa comissão e processo de reforma do currículo, Luamorena enfatiza a urgência e necessidade desse movimento: *“Condições objetivas não existiam, mas ou era naquele momento ou nunca mais na vida. [...] Por mais que não fosse o momento ideal, era o momento real”*.

Outro projeto em que se envolveu foi o Programa de Saúde Mental do Vale do Jiquiriçá, um projeto de extensão fundado por professores do Departamento de Neuropsiquiatria (atual Departamento de Neurociências e Saúde Mental) e estudantes do diretório, que visava a promoção de atividades de psiquiatria comunitária em cidades no interior da Bahia. Sobre esse projeto, Luamorena destaca a estudante Alana, que integrava o Damed e *“foi uma desbravadora nisso”*.

Acerca do protagonismo de outras mulheres, ressalta também o trabalho de Camila Góes, vice-coordenadora do Damed em 2006, que era vinculada ao Movimento Sem Terra, *“trazia o Projetão nas costas”* e foi atuante nos processos de transformação curricular. Luamorena ainda enfatiza como essa figura feminina foi importante para a época: *“Não é uma coisa pouco forte isso: ser uma mulher [...] que é referência”*. Também conta que esse protagonismo rompeu com uma lógica predominante de homens *“em evidência no palanque”*.

Uma dinâmica recorrente do movimento estudantil, pela similaridade dos seus objetivos e discussões com outros movimentos sociais, é que eles se retroalimentam. (BRINGEL, 2009) Dessa forma, ao longo da sua história o Damed possuiu articulações com o movimento feminista. Luamorena conta sobre a participação dos membros da gestão do diretório na construção da Marcha das Mulheres, na Comissão de Saúde do Fórum Social Mundial em 2005 e na formação da Coordenação de Combate às Opressões na gestão de 2006. Contudo, pontua que a relação do diretório com o movimento feminista era ainda mais evidente na relação com o Movimento Sem Terra, em especial nas discussões com as brigadas e sobre situações que eram vivenciadas nos assentamentos. Além disso, afirma que o Damed se envolvia no enfrentamento das questões de assédio que ocorriam na FMB.

Uma questão que chama atenção é: por que uma instituição como o diretório acadêmico, que enquanto movimento estudantil é um meio catalisador de mudanças políticas e sociais expressivas, demorou mais de 60 anos para ter uma mulher em sua coordenação-geral?

Gohn (2010) e Osório (2014) trazem que as estruturas de poder são baseadas em posições idealizadas e ocupadas por homens. Dentro da lógica do diretório acadêmico, Luamorena afirma que é uma questão multifatorial, envolvendo o machismo estrutural e outras questões que embasam essa disparidade, devido à natureza específica da influência do Damed da FMB:

*Estamos falando de um diretório que era um grande holofote [...]. Do ponto de vista da própria política, das políticas de saúde, das pessoas que ocupam cargos de gestão pública [...] no geral as pessoas que vêm do movimento estudantil acabam tendo uma visibilidade muito grande.<sup>3</sup>*

Nesse contexto, ela afirma que esses espaços de grande exposição são, em geral, mais hostis para as mulheres, mas que essa não foi uma experiência pessoalmente vivida por ela:

*Eu não me lembro de, por ser mulher, [...] negra e militante do diretório, ter vivenciado situações tão diretas em que fosse questionada a minha legitimidade em estar representando, e estar falando. [...] Posso também ter vivido violências e não ter percebido como violências. Às vezes você já estruturou uma lógica de defesa tão intensa, que no final determinadas coisas são tão naturalizadas que você nem leva em conta.*

Um dos aspectos interessantes dessa fala é quando tangencia a internalização e naturalização da opressão. Biroli (2013) traz a análise de que a naturalização dessas formas de opressão, por vezes sutis, tais como o silenciamento, a interrupção na fala, a conclamação da autoria de uma ideia e a manipulação, estão na base dos obstáculos da atuação plena das mulheres política e profissionalmente.

Hoje, Luamorena Leoni Silva é médica de família, coordenadora da Comissão de Residência Médica e do Programa Integrado de Residências em Saúde da Secretaria de Saúde de Salvador. Porém, engana-se quem acredita que a sua trajetória no diretório encerrou quando ela se formou na FMB em 2012. Os ventos de mudança provocados por ela e cada uma das mulheres atuantes na construção do Damed, movimentam novas mulheres ao tomarem para si o desafio de ocupar esse espaço.

---

3 As declarações de Luamorena Leoni Silva referidas neste capítulo foram retiradas de uma entrevista realizada no dia 7 de janeiro de 2021.

## COLETIVO FEMINISTA RITA LOBATO

Continuando a refletir sobre representatividade, pode-se entender a existência do Coletivo Feminista Rita Lobato como um instrumento de resistência de mulheres dentro de uma Faculdade de Medicina que é bicentenária, mas que, em sua história, contou com uma única diretoria feminina – a, anteriormente, referenciada Lorene Louise Silva Pinto. Além de comparativamente apresentar um reduzidíssimo número de coordenadoras de representação estudantil no Damed da UFBA em relação às coordenações masculina. Um enorme hiato silencioso revelado por mais de 100 anos na ausência de entidade representativa própria.

Quem nos conta parte dessa trajetória é Natanna Magalhães<sup>4</sup> – uma das idealizadoras e fundadoras do coletivo, estudante de Medicina, formada em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Bahia (UNEB) e no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) pela UFBA, primeira coordenadora mãe do referido diretório. Mas, sobretudo, e orgulhosamente, mulher não branca, vinda de um povoado no interior da Bahia e militante progressista, feminista, anticapitalista e antirracista.

Natanna explica que o Coletivo Feminista Rita Lobato partiu do desejo de um grupo de mulheres que sentia a necessidade de um espaço de representação e de fala que não encontrava dentro da estrutura institucional da FMB. Assim, em 2016, esse grupo passou a realizar encontros quinzenais aos sábados com figuras da Frente Feminista da UFBA e do Diretório Central dos Estudantes da UFBA.

Após esses encontros, e inseridas no contexto de gestão do diretório acadêmico, elas enxergaram a oportunidade de criar um coletivo feminista ligado a uma entidade estudantil deliberativa. Assim, em 2017 nasceu o Coletivo Feminista Rita Lobato – homenagem a militante dos direitos femininos e primeira mulher formada em medicina no Brasil, atuando através de uma ouvidoria que se fazia presente nas festas estudantis e utilizava um *e-mail* para receber queixas e acolher mulheres em suas situações de violência e assédio.

A urgência de uma representação feminina na faculdade fez-se ainda mais clara em dois episódios marcantes. O primeiro deles se deu na recepção de calouros de 2017, quando um aluno de outro instituto foi acusado de assediar cerca de 21 mulheres, incluindo ameaça de estupro a uma delas. O caso teve desdobramentos na delegacia e posteriores reuniões com representações do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da UFBA, da FMB e da imprensa. Natanna e sua filha também foram vítimas de ameaças.

---

4 As declarações de Natanna Magalhães Pereira presentes neste capítulo foram retiradas de um questionário realizada com ela no dia 15 de janeiro de 2021. A entrevistada autorizou o uso de tais informações pela equipe de coordenação do livro.

O segundo, gira em torno de uma foto tirada por formandos da FMB. Eles usavam as mãos para fazer gestos representando vaginas. O ato, considerado misógino, gerou discussões intensas dentro do coletivo que chegou a publicar nota de repúdio sobre o ocorrido. Em função disso, alunas passaram a ser ameaçadas, e os estudantes dividiram-se entre apoiar ou não um processo formal contra os formandos. O processo não foi a frente.

Diante do desgaste e das ameaças, de meados de 2018 ao início de 2019, o coletivo teve suas atividades arrefecidas. No entanto, as mulheres continuavam precisando de instrumentos de resposta às várias formas de machismo que sofriam. Foi então que, no início do período letivo de 2019, as alunas Giovanna Harzer e Maria Tereza Calchi idealizaram uma reestruturação para o coletivo. Nesse processo, convidaram Aissa Moraes e Lorena Lima para concretizar uma nova fase de atividades com encontros semanais no prédio Anexo I da FMB – dra. Rita Lobato Velho Lopes, sala do diretório acadêmico, no horário do almoço.

Assim, os anos de 2019 e 2020 foram de grande ampliação do escopo de atividades do coletivo que passou a ocupar espaços institucionais importantes. Destaca-se a tradicional Cerimônia do Jaleco, a Semana de Recepção dos Calouros e as parcerias frequentes com o Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAPP) da FMB/UFBA. Mas o Coletivo Feminista Rita Lobato também foi além dos muros da universidade. Realizou campanha para arrecadar itens de higiene para mulheres em situação de rua, distribuídos em conjunto com integrantes do Movimento Olga Benário, além de visitar informalmente a ocupação do antigo Hospital Couto Maia em Monte Serrat para alertar sobre possíveis riscos biológicos. Dialogar com outros coletivos e mulheres de fora da comunidade acadêmica tornou-se parte do espírito do coletivo.

Em novembro de 2019, a campanha #Meu Colega Secreto, contra o assédio, espalhou nos corredores da faculdade relatos anônimos sobre situações vividas por mulheres em contexto institucional. Representantes do coletivo feminista participaram, também em 2019, da feira de saúde na comunidade do Calabar, em Salvador, num bate-papo sobre saúde mental da mulher. Em 2020, mesmo durante a pandemia da covid-19, as atividades seguiram através de meios digitais. Com apoio da Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT) da UFBA, durante os sábados do mês de outubro, aconteceu o evento Saúde das Mulheres e suas Pluralidades com inscrições e convidadas de todo o país.

As demandas das estudantes, ainda hoje, dizem respeito principalmente à violência psicológica, ataques morais e tentativas de assédio por parte de seus colegas dentro e fora da faculdade. Ademais, os docentes continuam perpetuando machismo. As queixas sobre constrangimentos, humilhações, contatos físicos excessivos e falta de empatia com as alunas não são incomuns. Compreendendo a

complexidade das questões que envolvem as feminilidades, o coletivo foi se adaptando a atuar em várias frentes.

Em *Calibã e a Bruxa*, Silvia Federici (2017) traz significativa análise sobre o corpo feminino continuar sendo uma precondição para acumulação de trabalho – tanto produzindo força de trabalho (parindo), quanto realizando o trabalho doméstico invisibilizado (criando, cuidando e educando futuros trabalhadores). Trabalho esse que é minorizado tal qual as figuras femininas são. No meio acadêmico, o corpo feminino não enfrenta menos desafios do que no contexto social mais amplo. Essa disparidade causada pela estrutura patriarcal, branca e heteronormativa mostrou-se palpável com a adoção das ações afirmativas que reservam cotas raciais e para pessoas trans na universidade. As questões de gênero, raça e classe se reproduzem dia a dia. No contexto científico, o corpo feminino precisa ser neutralizado para ser mais bem aceito. Provas disso são as frequentes insinuações sobre o direito de maternar dever ser visto como algo secundário.

Num sistema que, segundo Natanna, mãe e estudante, continua punindo mulheres, um coletivo feminista que se propõe a ser inclusivo e horizontal tem longas batalhas a enfrentar e essa é a missão que o Coletivo Feminista Rita Lobato tem assumido ao longo dos últimos anos.

## **CONTEXTUALIZANDO COM A COVID-19 – VIVIANE BOAVENTURA**

Antes de falar das mulheres no campo da ciência, é imprescindível salientar que esse “grupo” é heterogêneo, não se pode considerar como um bloco engessado de indivíduos iguais. As mulheres possuem particularidades que as sujeitam a formas de opressão distintas – a questão da interseccionalidade que Carla Akotirene analisa minuciosamente em seu livro *Interseccionalidade*, e sobre a qual Angela Davis explicita brilhantemente em sua obra *Mulheres, raça e classe*. Assim, apesar de existir o já visto significativo aumento de mulheres na ciência, é essencial que nos questionemos, de antemão, quem são essas mulheres e como elas são lidas pela sociedade? Elas refletem a composição real de mulheres no âmbito social?

Feito o questionamento inicial, é crucial recapitular que, apesar de historicamente as mulheres terem sido excluídas do espaço científico durante centenas de anos, unicamente por conta do seu sexo biológico, a luta feminista proporcionou modificações perceptíveis nesse âmbito, no sentido de mulheres poderem ocupar cargos que até pouco tempo eram inimagináveis. (SCHIENBINGER, 2001)

Uma mulher que merece ser destacada neste capítulo em que se celebra a presença feminina na FMB é Viviane Sampaio Boaventura de Oliveira. Médica formada pela FMB, docente da mesma faculdade, especializada em Otorrinolaringologia pela Santa Casa de Misericórdia da Bahia e atual preceptora da especialização nes-

ta mesma instituição, possui mestrado e doutorado em Patologia, e pós-doutorado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/BA). Atualmente, também é pesquisadora da Fiocruz no Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz.

Apesar de existir um progresso com relação à participação feminina no campo científico da pesquisa, esse ainda é um espaço elitizado e formado majoritariamente por homens, sendo a participação de mulheres tardia e seus feitos poucos conhecidos. (ALVES, 2017) Com relação a isso, Viviane afirma que trabalha “*com um grupo que tinha uma situação privilegiada por que [...] é liderado por uma mulher*”, mas em contrapartida ela também percebe a falta de reconhecimento dos feitos femininos:<sup>5</sup>

*[...] em geral, o que a gente observa é uma falta da notoriedade a esses exemplos femininos de cientista que a gente tem [...] A gente praticamente não ouve falar das mulheres cientistas que a gente tem, não dá oportunidade inclusive a homenageá-las e não traz esse exemplo pra nossa rotina.*

Para ela, é necessário que tanto no meio acadêmico quanto na sociedade fale-se mais sobre essas mulheres, para assim modificar essa realidade: “*[...] falta mostrar o trabalho que elas fazem, o quão é destaque a produção do que elas fizeram, qual a contribuição para a sociedade [...]. Isso a gente vê muito pouco sendo disseminado*”.

Sobre as vivências das mulheres no meio científico, que não é isento de preconceitos nem discriminações, Silva e Ribeiro (2014) nos trazem que tais violências não afetam as mulheres igualmente e, muitas vezes, operam de maneira velada, o que corrobora com a fala de Viviane ao afirmar que “*são muitas vezes subliminares, [...] por exemplo quando você vai fazer alguma apresentação e alguém comenta quantos filhos você tem, ou se você é casada, o que não tem absolutamente nada a ver com a atividade [...] que você está se propondo a fazer*”.

Um feito muito importante de Viviane foi sua participação na equipe de coordenação do projeto Tele Coronavírus – serviço de saúde voluntário para enfrentamento da epidemia de covid-19 que funcionou entre março e julho de 2020, no estado da Bahia. O serviço se baseou na triagem remota de casos com suspeita de infecção respiratória com o objetivo de diminuir o deslocamento desnecessário de pessoas com quadros leves para unidades de atendimento de saúde e, assim, a transmissão viral, contribuindo para o achatamento da curva da epidemia. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020)

---

5 As declarações da dra. Viviane Boaventura referidas neste capítulo foram retiradas de uma entrevista realizada com ela no dia 11 de janeiro de 2021. A entrevistada autorizou um uso de tais informações pela equipe de coordenação do livro.

Analisando a equipe geral de coordenação do projeto, percebe-se que entre aqueles com maior dedicação de carga horária Viviane foi a única mulher, e entre os coordenadores, ela foi, novamente, a única representação feminina. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020) Para Viviane, essa disparidade:

*É um reflexo do que acontece em termos de frequência de cientistas e médicos em cargo de liderança. [...] se a gente tem menos mulheres em cargos de chefia e em cargos de pesquisa, é claro que na hora que acontece um projeto a gente vai ter menos representatividade.*

Viviane é uma figura que, com certeza, inspira outras mulheres com sua trajetória científica e sua participação no Projeto Tele Coronavírus. E, se aos olhos desatentos, o ato de inspirar pode parecer inocente e secundário, nessa suposição reside engano profundo. A existência de mulheres em posição de destaque funciona como estímulo para que outras sigam rumo às suas conquistas. Essa dinâmica é essencial para a luta por oportunidades igualitárias e para que não desistam de objetivar o sucesso – o valor da representatividade enquanto mola propulsora.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Anselmo Pires de. *Arquivo da Faculdade de Medicina da Bahia, anno 1916*. Salvador: Livraria Catilina, 1917.

ALVES, Daniela Maçaneiro. A mulher na ciência: desafios e perspectivas. *Criar Educação*, Criciúma, v. 6, n. 2, p. [1-25], jul./ago. 2017.

ÁVILA, Rebeca Contrera. Formação das mulheres nas escolas de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 142-149, jan./mar. 2014.

AZEVEDO, Eliane Elisa de Souza e. *Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia – Terreiro de Jesus: memória histórica 1996-2007*. Feira de Santana, BA: Editora da Academia de Medicina de Feira de Santana, 2008.

BEIRIZ, Yasmin de Rezende *et al.* Perspectiva e atuação da mulher na medicina em pesquisa com egressas do período entre 1981 e 2015. In: OLIVEIRA, Regiany Paula Gonçalves de; OLIVEIRA FILHO, Reginaldo G. de (org.). *Revisão da teoria e da prática médica 2*. Ponta Grossa, PR: Atena, 2019. p. 157-166.

BIROLI, Flávia. Autonomia, opressão e identidades: a resignificação da experiência na teoria política feminista. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 81-105, jan./abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v21n1/05.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879. Reforma o ensino primario e secundario no municipio da Côrte e o superior em todo o Imperio. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, v. 1, pt. 2, p. 196, 19 abr. 1879. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Decreto nº 8.659, de 5 de abril de 1911. Approva a lei Organica do Ensino Superior e do Fundamental na Republica. *Diário Oficial da União*: seção 1, p. 3983, Rio de Janeiro, 6 abr. 1911.

BRINGEL, Breno. O futuro anterior: continuidades e rupturas nos movimentos estudantis do Brasil. *Eccos: revista científica*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 97-121, enero/jun. 2009.

SANTOS, Mayara Priscilla de Jesus dos. *Maria Odília Teixeira: a primeira médica negra da Faculdade de Medicina da Bahia (1884-1937)*. 2019. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

CAPUANO, Yvonne. *Matris Anima Curant: as pioneiras médicas Maria Augusta Estrela e Rita Lobato*. [S. l.]: Línea Médica, 2003.

COSTA, José de Souza. Histórico da ginecologia na Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 117-124, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/94/87>. Acesso em: 19 jan. 2021.

DIRETÓRIO ACADÊMICO DE MEDICINA. *Estatuto do Diretório Acadêmico de Medicina – UFBA*. Salvador, 2006.

FEDERICI, Silvia. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpos e acumulação primitiva*. Tradução Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 79-99.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Projeto Telecoronavírus: relatório acadêmico final: março a julho 2020*. Salvador, 2020.

GOHN, Maria da Glória. *Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo*. Petrópolis: Vozes, 2010.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Francisca Prager (1872-1931) primeira professora de Medicina da Bahia. *Luta Médica: revista do Sindicato dos Médicos no Estado da Bahia*, Bahia, v. 9, n. 33, p. 40-41, jun./set. 2016.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB*. Salvador: FAMEB-UFBA, 2013. v. 3. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/14218>. Acesso em: 19 jan. 2021.

LAUXEN, Sirlei de Lourdes *et al.* O ensino superior e a profissão de professora: os desafios da mulher no século XXI. *Forges*, [s. l.], 2017.

LAVIGNE, José Léo. *Eusínio Lavigne: paradigma de caráter e honradez*. Ilhéus, BA, 2009.

LIMA, Bruna. Conheça as cinco pesquisadoras que sequenciaram o genoma do coronavírus. *Correio Braziliense*, Brasília, DF, 8 mar. 2020. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/03/08/interna-brasil,832797/conheca-as-5-pesquisadoras-que-sequenciaram-o-genoma-do-coronavirus.shtml>. Acesso em: 25 jun. 2020.

LIMA, Lamartine de Andrade. Parecer: Anexo I - Faculdade de Medicina da Bahia “Doutora Rita Lobato Velho Lopes. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 81, n. 1, p. 64-66, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1152/1086>. Acesso em: 19 jan. 2021.

LOBO, E. S. *A classe operária tem dois sexos*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

LOPES, Rita Lobato Velho. *Paralelo entre os métodos preconizados na operação cesariana*. 1887. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Bahia, Salvador, 1887. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/31986/1/Rita%20Lobato%20Velho%20Lopes%20%28TI-1887%29.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2021.

MINELLA, Luzinete Simões. Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1111-1128, set./dez. 2017.

MULHERES, já representam 57,4% entre os médicos mais jovens. *Medicina S/A*, São Paulo, 8 mar. 2019. Disponível em: <https://medicinas.com.br/mulheres-ja-representam-574-entre-os-medicos-mais-jovens/>. Acesso em: 25 jun. 2020.

NEVES, Úrsula. Mulheres assinam 72% dos artigos científicos publicados no Brasil. *Portal PEBMED*, [s. l.], 4 nov. 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/mulheres-assinam-72-dos-artigos-cientificos-publicados-no-brasil/>. Acesso em: 25 jun. 2020.

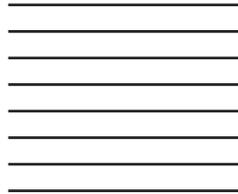
NÚMERO dos estudantes. Ensino médico nas Faculdades do Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 32, n. 9, p. 391-425, mar. 1901. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/643/628>. Acesso em: 19 jan. 2021

OSÓRIO, Bruna da Silva. *A (in)visibilidade das mulheres no movimento estudantil: do passado ao presente*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/10371/OSORIO%2c%20BRUNA%20DA%20SILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jan. 2021.

RAGO, Elisabeth Juliska. Francisca Prager Fróes e a igualdade dos sexos. *Labrys: estudos feministas*, Brasília, DF, n. 8, ago./dez. 2005.

- RAGO, Elisabeth Juliska. Francisca Prager Fróes: medicina, gênero e poder nas trajetórias de uma médica baiana (1872-1931). *Ciência em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 985-993, jun. 2008.
- SCHIENBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: EdUSC, 2001. (Coleção mulher).
- SILVA, Alberto. *A primeira médica do Brasil*. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti, 1954.
- SILVA, Fabiane Ferreira da; RIBEIRO, Paula Regina Costa. Trajetórias de mulheres na ciência: “ser cientista” e “ser mulher”. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 20, n. 2, p. 449-466, 2014.
- TEIXEIRA, Déa Lúcia Pimentel; SOUZA, Maria Carolina A. F. de. Organização do processo de trabalho na evolução do capitalismo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 65-72, dez. 1985.
- VANIN, Iole Macedo. *As damas de branco na biomedicina na medicina baiana (1879-1949): médicas, farmacêuticas e odontólogas*. 2008. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.





## 6

### ONDE ESTÃO OS CORPOS NEGROS NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA?

*Andherson Sthépheson Barberino Damasceno*

*Alanna Santos dos Reis*

*Daiane da Silva Pinto*

*Felipe Barbosa Araújo*

*Mayara Priscilla de Jesus dos Santos*

*Marcos da Costa Silva*

#### AS NUANCES HISTÓRICAS DO RACISMO ESTRUTURAL E O SEU CAMINHAR ATÉ OS TEMPOS ATUAIS<sup>1</sup>

Por que ainda é necessário discutir racismo no Brasil após mais de 130 anos de abolição da escravidão dos povos negros? Porque este país, que carrega consigo a mancha histórica de ter sido construído com suor e sangue de milhares de africanos escravizados, insiste em manter estruturas sociais, políticas, religiosas,

<sup>1</sup> Este capítulo é fruto da resistência de corpos negros frente ao nefasto racismo opressor, que, apesar de agonizante, ainda é presente na sociedade baiana do século XXI.

educacionais e econômicas que colocam a população negra à margem da sociedade e com um alvo de perseguição/execução em seus corpos. Não é novidade para ninguém que a população negra seja quantitativamente, no Brasil, grupo majoritário, assim como possui maioria entre os mais pobres, os desempregados, os analfabetos, os encarcerados e as vítimas de negligência médica e de mortes violentas. Tais desvantagens, e muitas outras não citadas, inclusive, foram criadas e impostas pelo racismo vigente no Brasil e, por isso, será mais bem destrinchado neste escrito.

Segundo Almeida (2018), o racismo apresenta-se através de três concepções: individualista, institucional e estrutural. A concepção individualista é compreendida como um fenômeno ético ou psicológico praticado por um indivíduo ou por um coletivo, atribuído a grupos isolados. Já na concepção institucional, o racismo sai do âmbito meramente individual e assume um caráter institucionalizado, que de forma indireta atribui privilégios e desvantagens tendo como parâmetro a raça. O racismo institucional é criado com a função de reproduzir as condições que resguardam uma determinada ordem social, ordem esta que carrega consigo valores sociais, econômicos, políticos, jurídicos e familiares que são racistas. Por fim, o racismo estrutural é uma concepção que vai além do viés individualizado ou do viés institucionalizado, tratando-se de uma concepção da própria estrutura ou ordem social vigente. (ALMEIDA, 2018)

Para entender melhor o racismo estrutural e os seus impactos atuais no cotidiano dos negros e das negras no Brasil, é fundamental caminhar pela história brasileira. A partir do século XV, milhões de vidas foram retiradas do território africano para as economias capitalistas europeias por meio do trabalho escravo. O Brasil, território recém-colonizado, recebeu muitos desses indivíduos e deu continuidade à lógica escravocrata com os povos africanos, sendo o último país das Américas a abolir tal prática de trabalho forçado. (WEDDERBURN, 2007)

Nesse período, a sociedade brasileira desenvolveu condutas, normas e leis que atribuíam aos corpos negros a ausência de direitos, demonstrando, desde os tempos mais primórdios de sua formação, quem foram e são os privilegiados nesse país, que com certeza não eram os negros e não faltam exemplos. Em 1839, ficou estabelecido que escravizados e pretos africanos livres (ou libertos) estavam proibidos de frequentar as escolas, com base na Lei de nº 1 que durou até 1934; em 1850, foi determinado que os negros não possuíam direito à posse de terras, de acordo com a Lei de nº 601; em 1858, com a consolidação das leis civis, os negros foram caracterizados como acessórios pertencentes à casa, e não como seres humanos. (WEDDERBURN, 2007)

Diante desses absurdos e de algumas mudanças no cenário internacional em relação a esse período escravocrata, começaram a surgir pressões internas e

externas para a abolição da escravidão no território brasileiro. Entre 1868 e 1871, surgiram 25 associações que defendiam a abolição em diferentes províncias do Brasil (ALONSO, 2018) e o debate político nesse entorno resultou em algumas conquistas, como a Lei nº 2.040 (Lei do Ventre Livre), decretada em 1871, que estabelecia que filhos de mulheres negras escravizadas nascidos a partir desta data estariam livres, e a Lei nº 3.270 de 1885 (Lei dos Sexagenários), que concedia liberdade aos escravos com mais de 60 anos de idade. No entanto, ambas as leis foram decretadas para atender uma série de interesses dos donos de escravos e eram insuficientes, uma vez que o primeiro decreto mantinha as mães escravizadas e, conseqüentemente, os seus filhos também, além de que, em relação ao segundo decreto, poucos eram os negros que alcançavam 60 anos e, quando sim, o indivíduo liberto ainda deveria trabalhar por mais três anos, de forma gratuita, para seu proprietário. (WEDDERBURN, 2007) Em 1888, resultado de imensa mobilização e engajamento popular<sup>2</sup> e não da benevolência do Império, a suposta abolição aconteceu por meio da Lei Áurea. Não obstante, diferentemente de outras nações em que essa abolição já havia acontecido, como os Estados Unidos da América, a “libertação” não chegou acompanhada de direitos mínimos, de reparação histórica ou até mesmo de perspectivas futuras para a população recém-liberta. Muito pelo contrário, foram todos lançados a própria sorte e esses indivíduos, adjetivados antes como propriedades e submissos, passaram a ser vistos pela população, branca e escravocrata, como indesejáveis e ameaças para o “Novo Brasil”. Isto é, neste novo projeto de nação não havia espaço para negros e nem para seus descendentes e as teorias raciais, a exemplo do darwinismo social<sup>3</sup>, reforçavam esta ideia. (WEDDERBURN, 2007)

Em 1890, teve início – e até hoje se encontra vigente – a política nacional de encarceramento em massa da população afrodescendente, com a promulgação da Lei Vadios e Capoeira, que determinava que os negros que estivessem andando sem rumo pela cidade seriam presos. Subseqüentemente, para deixar evidente a exclusão dos negros e para garantir a política de embranquecimento, foi estabelecido um verdadeiro “pacote” de privilégios para os brancos imigrantes através do Decreto nº 9.081, de 3 de novembro de 1911, fazendo surgir a primeira experiência

---

2 A título de conhecimento, entre 1878 e 1885, surgiram 227 associações abolicionistas, o que contribuiu para propagar a causa de forma pública e fez com que as classes populares do país começassem a defender o abolicionismo. (ALONSO, 2018) É importante ressaltar, entretanto, que a movimentação contra a escravidão não aconteceu apenas pela população livre do Brasil, mas contou com o envolvimento fundamental dos escravos. (REIS, 2000)

3 "O darwinismo social, que, se utilizando da ideia de evolução por seleção natural, aplicou-a a tempos históricos, associando evolução a desenvolvimento e concluindo ser possível hierarquizar as raças, com a conclusão de que o homem branco era superior, sob o aspecto biológico, aos demais". (DOMINGUES; SÁ; CLICK, 2003, p. 13)

de cotas no país, com reforço do privilégio ao branco. (WEDDERBURN, 2007) Isto porque, como ressaltado por Banton (1979), há um descompromisso significativo com os negros e visível favorecimento da imigração branca no Brasil, uma vez que, além dos estrangeiros receberem lote de terra como incentivo para essa imigração, iriam obtê-lo caso se casassem com uma brasileira, numa tentativa evidente de embranquecimento da população. (BOSENBECKER, 2017)

Torna-se importante ressaltar que, nesse período,

Como vimos, a ideia de raça pressupunha uma superioridade biológica e intelectual dos europeus, essenciais para o desenvolvimento civilizador da nação brasileira. Neste sentido, as ideias trazidas da Europa mantinham o consenso de superioridade europeia e, como consequência, de inferioridade dos povos mestiços. Contudo, no Brasil, predominou uma ideologia de mestiçagem, que se baseou no cruzamento de três raças, negros, índios e brancos. Mantendo os padrões europeus de superioridade/inferioridade biológica e cultural, estimava-se que, ao longo do tempo, os mestiços iriam desaparecer, prevalecendo as características da raça branca. Tal ideologia ficou conhecida como 'tese do branqueamento racial'. Desta forma, incentivando a mestiçagem como criadora do brasileiro típico, que em pouco tempo se apresentaria de fenótipo branco, acabava concorrendo com as ideias de inferioridade mestiça. (SEYFERTH, 2002, p. 134 apud BOSENBECKER, 2017, p. 110)

Entretanto, é necessário ressaltar que essa não foi a única cota criada para brancos no Brasil. Em 1968, foi desenvolvida a Lei de nº 5.465, adjetivada Lei do Boi, a qual definia reserva de vagas em escolas técnicas e universidades para filhos de donos de terras, o que tornava a educação técnica e superior inacessível aos negros, uma vez que lhes eram negados, ainda nesse momento, o direito à posse de terras.<sup>4</sup> Em paralelo, no decorrer do século XX, foram criadas ações do governo em busca do higienismo social, visando excluir/extinguir a população negra dos grandes centros, o que, atrelado a outros fatores, acabou originando as atuais favelas.<sup>5</sup> (AZEVEDO, 2003) Soma-se a isso, a criminalização da capoeira em 1941, por meio da Lei nº 3.688, que durou até 1975, a visualização preconceituosa e negativa

---

4 A Lei de nº 601, de 1850, negava ao povo negro o direito à posse de terras. (WEDDERBURN, 2007)

5 A título de curiosidade: com o apoio de Rodrigo Alves, presidente da república, e do médico Oswaldo Cruz, o prefeito do Rio de Janeiro, Pereira Passos, deu início, em 1903, a uma campanha de higienismo, com a justificativa de buscar erradicar o surto de doenças atribuídas aos conglomerados no centro da cidade, expulsando os moradores dessa região. Sabe-se, no entanto, que o principal objetivo desta ação era, na verdade, tornar o centro da cidade um espaço aburguesado, tendo em vista que, naquele momento, quem ocupavam esses espaços eram os negros libertos e as pessoas pobres. Com a expulsão, essas pessoas migraram para os morros da cidade e deram início às primeiras favelas, a exemplo do Morro da Providência. (AZEVEDO, 2003)

perante as religiões de matriz africana, as quais, assim como a capoeira, eram praticadas pela população negra. (WEDDERBURN, 2007)

Com uma breve análise sobre esse caminhar histórico e as suas nuances, é possível perceber um pouco sobre o nascimento e desenvolvimento do racismo estrutural no Brasil. Ao longo dessa trajetória, ficou evidente que a população negra só foi aceita neste país para cumprir um único papel: o de servidão. Quando este papel passou a ser questionado, essa mesma população e tudo o que foi e é produzido por ela passou a ser odiado e indesejado. Mas, segundo muitos, o racismo em território brasileiro não existe e chega a ser uma falácia afirmar o contrário. Só que a sua existência ficou comprovada, documentalmente, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, quando, pela primeira vez, o Brasil assumiu que racismo é crime.

No entanto, mesmo diante de tudo, o Estado só reconhece a necessidade de criação de leis de reparação histórica ao povo negro no ano de 2001, no Congresso Internacional de Durban que ocorreu na África do Sul. Somente em 2003, foi notada a importância de educar a sociedade brasileira sobre a história e cultura afro-brasileira, por meio da Lei de nº 10.639, a título de conhecimento. Porém, até o ano de 2021 essa lei não foi colocada em prática de forma efetiva, mostrando o quanto o Brasil é institucionalmente racista. (WEDDERBURN, 2007) Ainda na mesma década, em 2009, foi estabelecida a Política Nacional de Saúde da População Negra, que visa tratar com exclusividade os problemas de saúde desse grupo social, além de ter sido uma resposta às diversas violências e negligências relatadas pela população negra nos serviços de saúde. (BRASIL, 2016) Subsequente e tardiamente, o país, em 2010, estabelece o Estatuto da Igualdade Racial, através da Lei nº 12.288. (GUARNIERI; MELO-SILVA, 2017)

Inspirado em outras nações como Austrália, Estados Unidos, Índia e alguns países da Europa, no ano 2012 foi instaurado no Brasil a Política de Cotas, através da Lei nº 12.711. Neste decreto ficou definida a criação de ações afirmativas que visam incluir negros (pretos e pardos), quilombolas, indígenas e estudantes de escolas públicas no ensino superior e técnico. Tal medida determina que universidades, centros e institutos federais devem reservar 50% das suas vagas para os grupos sociais supracitados e surge para tentar corrigir a desigualdade existente no acesso à educação, sendo uma reparação histórica e uma oportunidade de ascensão social para os grupos que sempre tiveram desvantagens históricas impostas pela sociedade brasileira e por sua ordem social. Torna-se importante pontuar que esse direito foi concedido após muitas reivindicações e articulações de movimentos sociais, sobretudo do movimento negro (GUARNIERI; MELO-SILVA, 2017), sem desconsiderar o papel importante do governo Dilma Rousseff (2010-2016) para efetivação dessa conquista.

Tratando-se em especial da população negra, as cotas trouxeram avanços significativos no quesito acesso, visto que houve um aumento considerável no número de negros no ensino superior, principalmente nos cursos mais concorridos e elitizados, a exemplo de Medicina. As cotas, portanto, possibilitaram e possibilitam transformações sociais na vida de estudantes negros, sendo muitos os primeiros de suas famílias a ingressarem e se graduarem no ensino superior. Não obstante, apesar do saldo positivo, ainda não houve uma equivalência de acesso e permanência entre estudantes brancos e negros. Além disso, muitos são os casos de fraude no uso das cotas por pessoas brancas, o que acaba reduzindo, ainda mais, a chance de promoção da equidade e reparação. (GUARNIERI; MELO-SILVA, 2017)

Concomitante a alguns progressos apontados acima, ainda é notório que perdurem no Brasil o racismo estrutural, a sua naturalização e as suas consequências. Isto fica explícito na forma como a sociedade e as suas instituições ainda tratam, eliminam, enquadram e retratam o corpo negro, seja na naturalização das mortes, no descaso com a saúde, na precarização daquilo que é direcionado à população negra, na fraude no uso das cotas, seja até mesmo no processo de silenciamento e deslegitimação das vivências, das necessidades e das dificuldades desse grupo social.

Diante disso, faz-se necessário, para além de ressaltar a importância dos avanços conquistados pela população negra ao longo da história, afirmar, também, que muito ainda deve ser feito. Isto é, muitos direitos devem ser alcançados e as leis, políticas e programas desenvolvidos devem ser reforçados. Para isso, o corpo negro não pode ser retratado como indesejado, ignorado, silenciado e eliminado como ocorreu ao longo de toda a história e, tampouco, deve ser visto como exótico, desqualificado, inferior, motivo de piada ou de representações caricatas e sexualizadas. Afinal, a população negra é muito mais do que isso: é potência, luta e resistência.

Na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) essa potência negra, alicerçada em luta, resistência e resiliência, não é diferente e se encontra presente desde a sua fundação, mas, infelizmente, isso não é de conhecimento geral. Logo, trazer às luzes essa presença-potência, a partir da aurora da instituição até os dias atuais, é o objetivo deste capítulo. Ademais, é função deste escrito debater a importância da Política De Cotas e a inclusão da população negra nos espaços elitizados e historicamente brancos, discutindo os seus diversos papéis, funções e a sua representatividade.

Para tanto, foram realizadas busca bibliográfica livre e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, que enegreceram e enegrecem a primaz do Brasil ao longo do tempo, triangulando os conhecimentos. Esse percurso metodológico justifica-se pela importância de apreender, (re)conhecer e ressignificar o caminhar histórico da presença negra na FMB sob diferentes discursos e rela-

tos, entendendo que cada um apresenta o seu olhar e o seu sentimento, a partir das suas experiências, individuais e coletivas, vivenciadas historicamente. Por isso, tamanha a importância do registro do lugar de fala desse corpo acadêmico negro da FMB que, mesmo diante da pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), não mediram esforços para contribuir com o desenvolvimento deste capítulo. Destarte, no afã de marcar o lugar de fala dos atores, apresentamos a seguir as pessoas entrevistadas:

- 1) médica endocrinologista e professora da FMB/UFBA;
- 2) bióloga imunologista e docente da FMB/UFBA; e
- 3) médico neurologista e professor da FMB/UFBA.

Torna-se fundamental salientar que não é almejado, com este capítulo, determinar uma história exclusiva acerca da presença negra na FMB. Ambiciona-se, ao contrário, trazer perspectivas particulares e coletivas, em linhas escritas por mãos negras, acerca do que é observado, pensado e vivenciado dentro deste ambiente. Pretende-se, portanto, caminhar por trilhas já antes visitadas, mas revelando, agora, o olhar e a força negra, na esperança de demarcar o seu lugar de fala neste espaço de saber e poder, historicamente branco e elitizado, que é a universidade. Com a ressalva importante de que essa realidade já está sendo alterada, apesar de carecer, ainda, de modificações estruturais para que a população negra seja presença majoritária e cada vez mais representativa neste ambiente.

### **O CAMINHAR HISTÓRICO DA PRESENÇA NEGRA NA FMB: ESTUDANTES, DOCENTES E FUNCIONÁRIOS (OU NÃO)**

Mais de cem estudantes frequentam a Escola de Medicina dessa cidade; a metade incontestavelmente mulatos [*sic*]; outros sabemos, que muitos são quintões, ou desertores (brancos da terra); de outros ignoramos a genealogia; e assim são incontestavelmente da raça caucásia pura não passam de vinte – Tiburtino Moreira Prates. (PAIM, 1967, p. 30)

Em 1846, na tese doutoral defendida por Tiburtino Moraes Prates, na FMB, foram discutidos os conceitos e a origem da espécie humana. No estudo, Prates faz uma crítica ferrenha à escravidão e adentra na temática racial ao chamar atenção para a composição das raças encontradas na faculdade, arrematando a sua análise com a afirmação de que, entre os alunos, apenas 20 poderiam ser considerados brancos da “raça caucásia”. No entanto, em dois séculos de funcionamento da FMB, ainda não é de largo conhecimento as trajetórias dos primeiros homens e

mulheres negras que fizeram o Juramento de Hipócrates na Bahia, bem como as dos servidores, mas neste espaço citaremos alguns dos nomes conhecidos e publicizados.

## **DISCENTES NEGROS E PIONEIROS**

Na primeira metade do século XIX, o Brasil passou por turbulentos acontecimentos, que reverberaram por todo o século. Na Bahia, conflitos independentistas, rebeliões escravas e conspirações. Já no contexto imperial, revoltas separatistas. Esse momento de agitação política e social ficou consolidado na historiografia como o da “Bahia rebelde” (ARAÚJO, 2004) e é, nesse cenário, que encontramos os primeiros estudantes de medicina negros da FMB, como Francisco Gomes Brandão, Francisco Sabino Alves da Rocha Vieira, Manuel Maurício Rebouças, Malaquias Álvares dos Santos e Salustiano Ferreira Souto que, em menor ou maior proporção, envolveram-se nos episódios importantes da história política da Bahia no período – Francisco Gomes Brandão, por exemplo, foi participante ativo nas lutas pela independência da estado. Brandão, além da formação em Medicina, buscou em Coimbra o diploma de bacharel em Direito. Voltando ao Brasil, transitou pelas rodas políticas baianas, alçando voos que o levaram ao título de visconde do Império brasileiro. (ALBUQUERQUE, 2004)

Na primeira metade do século XIX, encontramos outro médico negro, Francisco Sabino Alves da Rocha Vieira, agora liderando o movimento batizado com seu nome: a Sabinada. Esse movimento rebelde baiano somou-se a outros ocorridos em diversas regiões do Brasil, que demonstravam a insatisfação com a Regência e tinham como um dos principais objetivos a instituição de uma República até que d. Pedro II atingisse a maioridade. Aqui, encontrou-se um ponto de convergência, pois Francisco Brandão e Francisco Sabino mostraram-se homens que pensaram e articularam projetos políticos que atendiam anseios e demandas altamente importantes de seu tempo.

Ao adentrar na segunda metade do século XIX, a causa abolicionista fortaleceu-se na Bahia, principalmente através das sociedades emancipacionistas. Encontramos esse eco na FMB, que teve em seus quadros participantes da Sociedade Dois de Julho, de 1853; da Sociedade Libertadora Sete de Setembro, de 1869, a qual teve como um dos sócios fundadores o médico negro Salustiano Souto; e da Sociedade Libertadora Bahiana, de 1883, que teve como sócio, outro médico negro formado na FMB: Luís Álvares dos Santos. (FORTUNA, 2011) Pode-se notar, nesse momento, que a dimensão da cor teve influência direta para que esses homens se mobilizassem em torno da luta contra a escravidão, a qual perdurou até 1888 no Brasil.

Neste ínterim, encontramos Ernesto Carneiro Ribeiro, negro, nascido na Ilha de Itaparica, que se formou na FMB em 1864, defendendo a tese intitulada *Relações da Medicina com as Ciências Filosóficas: legitimidade da Psicologia*. Importante ressaltar que, após concluir os estudos no Liceu Provincial de Salvador, Carneiro não contou com um capital financeiro familiar para se manter e para cursar Medicina, necessitando dar aulas particulares e lecionar em instituições educacionais da capital baiana com o objetivo de realizar o seu sonho, mesmo que, ainda assim, precisasse ir diariamente dos Barris até Roma (PITANGA, 2019), dois distantes bairros de Salvador.

Com isso, torna-se evidente que, desde essa época, estratégias diferentes para alcançar e permanecer ao longo do doutoramento são utilizadas: muitos mobilizaram relações de apadrinhamento, como Juliano Moreira; outros contaram com o capital familiar, como Manuel Maurício Rebouças; e muitos tiveram que apostar em outras carreiras antes de ingressar na Medicina, como Ernesto Carneiro. Mas, independentemente da forma, todos se formaram, graças a enormes esforços.

Unindo o apadrinhamento ao empenho familiar, sobretudo na figura de sua mãe, cabe destacar a trajetória de Alfredo Casemiro da Rocha que “fez os estudos iniciais com muita dificuldade, já que sua mãe, negra pobre de Salvador, não pôde matriculá-lo em um bom colégio. Com ajuda de alguns professores da capital baiana, ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia”. (LOPES, 2010, p. 1) A partir dessas estratégias, observamos que o ingresso e a manutenção na FMB para os alunos negros nunca foi tarefa simples e esses lançaram mão de todas as possibilidades para alcançar o tão desejado título.

Para as mulheres, as dificuldades passavam por outras dimensões, pois, até 1879, lhes era vedado o acesso ao ensino superior no Brasil. A entrada destas em espaços de conhecimento, como a FMB, só foi possível graças à Reforma Leôncio de Carvalho, em 1879, a qual previa a destinação de bancos escolares às mulheres. Além da questão de gênero, para as mulheres negras, as barreiras para cursar Medicina passavam também pela questão racial, pois, ainda que a faculdade tenha experimentado em seus quadros a presença negra masculina, no caso das mulheres esse seria um feito inédito. Por isso, cabe enaltecer Maria Odília Teixeira, primeira médica negra formada na FMB, que se graduou em 1909, defendendo tese doutoral sobre cirrose alcoólica. (JACOBINA, 2013)

Além de entrar para a história como a primeira médica negra da Bahia, primeira formada no século XX e sétima mulher formada na FMB, Odília garantiu a primazia entre as pioneiras ao escolher como objeto de estudo um assunto que fugia do campo da Obstetrícia e Ginecologia, temas que até então eram escolhidos pelas mulheres como mote para suas teses. (JACOBINA, 2013) O feito de Maria Odília só foi possível graças a uma gama de fatores, como a influência de seu pai,

José Pereira Teixeira – médico branco e de família tradicional do Recôncavo da Bahia –, o patrocínio de seu irmão mais velho, Tertuliano Teixeira, e o investimento na sua educação por parte de sua família, pois, antes mesmo de cursar Medicina, Maria Odília havia conquistado o diploma de bacharela em Letras e Ciência no Ginásio da Bahia. (SANTOS, 2019)

A segunda médica negra da FMB, Ítala da Silva, percorreu outro caminho. Diferente da pioneira, Ítala não pôde contar com o capital familiar nem financeiro, tendo que trabalhar como professora em Sergipe, seu estado natal, para acumular o dinheiro necessário para cursar Medicina. Utilizando outras estratégias, portanto, Ítala formou-se em 1927, quando defendeu a brilhante tese *Da sexualidade e da educação sexual*, na qual discutiu a importância da educação sexual para as mulheres. Por meio de seu estudo, mostrou mais uma vez sua coragem ao tratar de um tema considerado polêmico para a sociedade no início do século XX.

Torna-se importante salientar, nesse contexto, a distância de quase duas décadas entre as formaturas de Maria Odília e de Ítala Silva, ratificando o percurso de obstáculos constantes, inclusive históricos, para as mulheres negras cursarem Medicina na Bahia e, ao mesmo tempo, mostra que o acesso se tornou realidade por conta do enfrentamento a esses obstáculos, a partir de estratégias pessoais e lutas coletivas, como os avanços das pautas feministas no Brasil. (SANTOS, 2019)

## **O CAMINHAR QUANTITATIVO E SOLITÁRIO: DOCENTES, SERVIDORES E FUNCIONÁRIOS NEGROS CÉLEBRES**

Além das ilustres presenças de alunos e alunas, a FMB também contou e conta com funcionários negros em seu elenco. Desde os seus primórdios, encontramos célebres estudantes, que mais tarde se tornaram professores da faculdade, como: Francisco Sabino, Malaquias Álvares, Salustiano Souto, Luís Álvares, José Melo, Luís Anselmo da Fonseca, Domingos de Melo, Juliano Moreira e Maria Odília Teixeira. Só que essa ocupação docente nunca foi adequada ou suficiente e esse quadro ainda hoje é ocupado, majoritariamente, por profissionais brancos, a ponto de os próprios docentes, que foram entrevistados, terem dificuldade de quantificar/identificar seus pares negros. Esse número reduzido de indivíduos negros é o reflexo de anos de exclusão arquitetado pela sociedade racista para que o corpo negro não tivesse acesso à educação.

Diante disso, cabe destacar, no cenário atual, uma representação do quadro de docentes negros de componentes curriculares da FMB: Ana Cláudia Couto Santos da Silva, médica endocrinologista; Antônio Alberto Lopes, médico nefrologista; Hêider Aurélio Pinto, médico sanitário; Luciana Mattos Barros Oliveira, médica endocrinologista; Luiz Carlos Santana Passos, médico cardiologista; Márcia Barbosa

da Silva, bióloga imunologista; Nilse Nélia Querino Santos, médica infectologista; Paulo Afonso Batista dos Santos, médico oftalmologista; Pedro Antônio Pereira de Jesus, médico neurologista, e Washington Luiz Abreu de Jesus, médico de família e comunidade.<sup>6,7</sup> Por conta de sua atuação no âmbito desta unidade acadêmica, os docentes negros entrevistados sabem que são fonte de inspiração para outras pessoas e o grau de responsabilidade que a sua presença significa, e reconhecem isso ao perceber o quão foi – e continua sendo – importante notar, ainda hoje, a presença de corpos negros nos díspares espaços de saber que participam. Desse modo, asseguram que essa constatação, durante o seu exercício profissional, lhes promove satisfação, encorajamento, engajamento, contribui na ressignificação e no fortalecimento da importância da presença de seus corpos negros na FMB e isso, por si só, traz consigo uma esperança de mudança, como explicitado a seguir:

*Eu me vejo como minoria, mas tenho muito orgulho de estar aqui, de fazer meu trabalho da melhor forma, ser reconhecida como uma boa profissional e servir como modelo/motivação para outras pessoas negras. Acredito que cada vez teremos mais negros na FMB no corpo docente ou discente. (Relato de docente)*

Apesar de minoria quantitativa, a qualidade desses docentes é indiscutível, sendo fundamental reconhecer que não há diferença de cor no ensinar. Não é a cor/raça/etnia que determina a sua capacidade pedagógico-cognitiva, por conseguinte. Isto é, tanto os docentes negros quanto os não negros apresentam a mesma competência, apesar do racismo científico tentar pregar o contrário, em todos os níveis, propagando a superioridade dos indivíduos brancos em relação aos negros. Ideia como essa, defendida por Nina Rodrigues, felizmente vem sendo combatida e refutada ao longo da história por brasileiros ilustres, como Juliano Moreira.<sup>8</sup>

- 6 É importante salientar que foram enviadas solicitações para a participação dos professores citados para realização de entrevistas. Entretanto, provavelmente devido à incompatibilidade de horários e ao curto prazo para escrita desse capítulo, só foi possível a participação de três docentes. A saber: Luciana Mattos Barros Oliveira, Márcia Barbosa da Silva e Pedro Antônio Pereira de Jesus, cujas falas foram inseridas, no corpo do texto, como relato docente.
- 7 Para visualização do currículo dos docentes, recomenda-se acessar: <http://lattes.cnpq.br/6941126438366317> – Márcia Barbosa; <http://lattes.cnpq.br/6025680198232783> – Nilse Querino; <http://lattes.cnpq.br/7538313772722429> – Ana Cláudia; <http://lattes.cnpq.br/5013927300968139> – Luciana Barros; <http://lattes.cnpq.br/5295102244930158> – Luiz Carlos; <http://lattes.cnpq.br/7449256170020742> – Paulo Afonso; <http://lattes.cnpq.br/5480230512781945> – Pedro Antônio; <http://lattes.cnpq.br/5774512468115682> – Washington Luiz e <http://lattes.cnpq.br/8202474144613938> – Héider Pinto.
- 8 Médico, professor e até redator, Juliano Moreira formou-se em 1891, na FMB, e teve sua tese inaugural, *Etiologia da Syphilis Maligna Precoce*, aprovada com louvor. Essa obra foi um preâmbulo do constante questionamento de Juliano sobre as desigualdades raciais, num tempo em que muitos médicos e outros estudiosos, como Nina Rodrigues, consideravam a raça negra inferior e a miscigenação causa de variadas doenças, inclusive da loucura. (JULIANO..., [200-])

(BOLSANELLO, 1996; ODA; DALGALARRONDO, 2000; RODRIGUES, 2015) Mas, ainda, precisa-se de mais.

Para isso, são necessárias mudanças estruturais, pois que, apesar de os entrevistados constatarem uma boa relação com a FMB, por exemplo, todos relataram um forte sentimento de solidão que pode e se transforma, muitas vezes, em dor. Processo que se associa com os relatos anteriores os quais apontam ser pequeno o número de corpos negros nesta unidade acadêmica. Compreende-se, portanto, que, fruto do método da violência racista de invisibilidade e silenciamento desses corpos, a solidão torna-se inerente e evidencia o processo doloroso que é lutar solitariamente e, por vezes, isoladamente contra a estruturação do racismo que, em muitos casos, é um caminhar solitário e isolado, como trazido pelos docentes entrevistados.

Esse sentimento de solidão reflete um dos principais obstáculos ainda presentes para um maior acesso de corpos negros na FMB: a exclusão social, principalmente quando se pensa em educação, pois, no Brasil atual, há um sucateamento perverso da educação pública. É nesse espaço de transformação que está presente o maior número de estudantes negros. A destruição dos ensinamentos fundamental e médio dificulta o acesso desse alunado ao espaço acadêmico, o que favorece a ampliação do abismo social no país. (BOLSANELLO, 1996; GUARNIERI; MELO-SILVA, 2017; SANTOS; SANTOS, 2019)

*Acho que a estrutura social vigente é o principal obstáculo. O racismo estrutural dificulta de tantas formas o acesso à educação. Sem acesso à educação básica fica muito difícil chegar até a academia. Os negros precisam ver que podem ocupar toda e qualquer posição que almejem e terem as mesmas oportunidades, pois a capacidade de conquistar isso já possuem. (Relato de docente)*

Diante disso, na luta e resistência de corpos negros na universidade, coletivos, como o Luiza Bairros, nascem. O coletivo, criado em 2016, reúne servidores técnico-administrativos, professores e alunos negros da UFBA, o que inclui a FMB, além de outras instituições de ensino superior baianas. Tem como principal objetivo combater o racismo estrutural e institucional promovendo reuniões formativas antirracistas, além de lutar por direitos que busquem a igualdade racial, como as cotas em concursos para ingresso de professores e discentes negros na instituição. Esses coletivos buscam, além das abordagens apresentadas, mitigar a solidão referida pelas pessoas entrevistadas e ampliar o acesso para que mais pessoas adentrem e ocupem esses espaços. (COLETIVO LUIZA BAIROS, 2016)

Em 2018, por exemplo, o coletivo entregou à reitoria o “Manifesto para Enegrecimento do corpo docente da UFBA” reivindicando a aplicação da Lei Federal nº 12.990/2014, que reserva 20% das vagas de concursos públicos federais

para pessoas negras,<sup>9</sup> conforme Edital de Concurso Público nº 01/2018. Para que tal lei se cumpra e haja um enegrecimento do corpo docente, é de fundamental importância investir em ações afirmativas de acesso e valorização da educação, inclusive com investimentos na educação básica, pois, sem acesso a ela, torna-se ainda mais difícil chegar à academia. Além disso, é importante a criação e/ou fortalecimento de programas de assistência estudantil, visando à inserção e permanência de estudantes negros na graduação e pós-graduação, para, em breve ou subsequente, alcançar espaços e modificar também esse quadro docente majoritariamente branco.

Paralelo e historicamente, por outro lado, a presença negra é observada, de forma mais quantitativa, no setor técnico-administrativo da FMB, com concentração ainda maior quando são observados os prestadores de serviços gerais ou equivalentes, como limpeza e segurança, o que é reforçado no relato dos docentes entrevistados. Esse aumento da presença negra nos dois últimos serviços listados está provavelmente associado, conforme relato docente, a uma menor exigência<sup>10</sup> quanto ao grau de escolaridade. Desse modo, as vagas são preenchidas normalmente por pessoas não escolarizadas e/ou com baixo grau de ensino, situação motivada pelas desigualdades sociais existentes, que dificultam o acesso à educação<sup>11</sup> e fazem parte da realidade de muitos brasileiros negros, levando, consequentemente, a um menor salário.

A título de conhecimento, essa estruturação relaciona-se, ainda e não coincidentemente, com os resquícios da colonização escravocrata, quando, sem direito à educação e à remuneração, os corpos negros eram exclusivos para exercer serviços de grande força braçal, estimulando o enriquecimento dos fazendeiros e/ou a manutenção da casa senhorial. (WEDDERBURN, 2007)<sup>12</sup> Logo, pode se observar

---

9 O Edital de Concurso Público nº 01/2018, que trata sobre Carreira de Magistério Superior: professor auxiliar, professor assistente A e professor adjunto A, informa não só a quantidade de vagas reservadas para as pessoas negras, mas também que as pessoas inscritas como negras, aprovadas neste concurso público, seriam convocadas pela Pró-Reitoria de Desenvolvimento de Pessoas, anteriormente à homologação do resultado final do concurso, para o comparecimento presencial para aferição da veracidade da autodeclaração como negro, com a finalidade de atestar o enquadramento previsto na Lei nº 12.990/2014. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2018)

10 Essa menor exigência leva, consequentemente, ao recebimento de salários menores.

11 Dificuldade de acesso à educação fruto, inclusive, dos resquícios cruéis da colonização escravocrata, uma vez que, após a abolição em 1888, não houve reparação histórica e social perante as milhões de vidas “libertas”.

12 Sem direito à educação e salário, tudo o que recebiam era comida, panos para vestimentas e, quando não alcançados por essa violência transfigurada em “generosidade”, eram submetidos a formas de violência mais explícitas como agressões, espancamentos e até morte. (WEDDERBURN, 2007)

que as formas de exploração, no século XXI, reconfiguraram-se, mas, infelizmente, continuam a manter a maioria da população negra em posições subalternas.

Ressalta-se também a ocorrência de importantes retrocessos na atual década. Há um perverso sucateamento da educação pública como um todo e não sabemos ao certo quais as consequências palpáveis disso, tanto no ensino superior quanto no âmbito da educação básica, tendo em vista que é justamente nesse espaço de transformação que se encontra presente o maior número de estudantes negros. No entanto, subentende-se que a destruição dos ensinos fundamental e médio, como está posto atualmente, dificulta o acesso desse alunado ao espaço acadêmico e favorece a ampliação do abismo social no país. (BOLSANELLO, 1996; GUARNIERI; MELO-SILVA, 2017; SANTOS; SANTOS, 2019)

Abismo ratificado na pandemia vigente, que tem escancarado a discrepância entre a rede privada e a rede pública de ensino, que praticamente esteve estagnada durante esse período de pandemia da covid-19. A título de conhecimento e não surpreendentemente, embora tamanha discrepância e desigualdade socioeducacional expostas, o gestor federal naturalizou a desigualdade e o contexto de pandemia e aplicou o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), mesmo com o cenário de mais de mil mortes diárias pelo SARS-CoV-2, desencadeando, inclusive, recorde de abstenção.<sup>13</sup>

Assim, torna-se perceptível, mais uma vez, que o racismo estrutural, caracterizado por meio de práticas de naturalização da desigualdade ligada à formação e ao funcionamento do Estado e de outras instituições sociais (ALMEIDA, 2018), é fortemente presente na sociedade e desencadeia impactos em todos os indivíduos, mas atinge, sobretudo, a população negra nos diversos níveis sociais. Soma-se a isso, ainda, a perversidade do racismo e as suas nuances estruturais e sociais quando, apesar de acreditarem que seus familiares poderão adentrar à FMB como estudantes e/ou docentes, alguns dos entrevistados não conseguem visualizar essa possibilidade, vislumbrando como único caminho possível a presença desses na FMB “apenas como servidores técnicos, mesmo compreendendo o papel fundamental que esses exercem no âmbito universitário”, como relataram.

Sobre essa participação quantitativa, qualitativa e bastante importante para o pleno exercício da FMB, torna-se importante mencionar, com destaque, inclusive, a presença de alguns funcionários negros como: Evaristo Leão Veloso, bedel de Medicina Legal, e João Francisco do Sacramento, auxiliar nas aulas práticas de Anatomia, cujas habilidades contribuíram para que se tornassem fontes de ins-

---

13 55,3% do total de inscritos, equivalente a mais de 3 milhões de pessoas, faltaram ao ENEM, realizado em janeiro de 2021, o maior índice de abstenção da história da prova. (TOKARNIA, 2021)

piração de Jorge Amado para o personagem Pedro Archanjo;<sup>14</sup> Norma Murici de Jesus, funcionária corajosa;<sup>15</sup> Josias Cardoso de Sena, que trabalhou como secretário da diretoria e na secretaria do Núcleo de Bioética; Ademário Rocha dos Santos; Márcia Magalhães Guimarães, que atuou no Núcleo Avançado de Ensino; José Miranda Ribeiro, secretário do Colegiado de Graduação, e Antônio Damasceno Machado da Cunha, funcionário terceirizado no cargo de porteiro, que foram, em momentos díspares, homenageados em formaturas, representantes eleitos da categoria, escolhidos servidores padrões, adjetivados como funcionários exemplares ou receberam moção de louvor. (JACOBINA, 2016)

Indo além, seria improvável deixar de citar figura importante que simboliza a importância dos trabalhadores da FMB: Seu Bina, que trabalhou durante 56 anos na FMB cortando o cabelo dos estudantes, dos professores e dos funcionários. O mais interessante é que ele oficialmente nunca foi integrante do quadro de funcionários da faculdade, mas, em contrapartida, ocupa um lugar único na memória da instituição: intitulado guardião perpétuo do diretório acadêmico da FMB. (UZÊDA, 2017) Adjetivação carinhosa e verdadeira, pois que, além de sua notória simpatia e seu bom atendimento, ele se destacou por sua coragem ao esconder discentes perseguidos nos nefastos anos da ditadura militar no Brasil. Seu Bina, a partir do seu ofício e coragem, fez-se gigante, portanto, e a sua encantada presença física, histórica e agora espiritual, sem dúvida, simboliza a resistência do povo negro.

Por fim, neste tópico, cabe ressaltar avanços relevantes relacionadas ao quadro de funcionários. Em recente pesquisa divulgada pela UFBA, cuja FMB faz parte, houve a divulgação que, após 15 anos da implantação das ações afirmativas, 51,3% dos servidores da instituição autodeclararam-se negros (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2019), sinalizando sua presença majoritária neste ambiente de trabalho. Esses números são significativos e dão esteio para que possamos valorizar e defender as ações afirmativas como um importante meio de reparação histórica para a população negra, baiana e brasileira.

---

14 Leitura recomendada: livro *Tenda dos Milagres*, de Jorge Amado, publicado pela Companhia de Letras, em 2008.

15 “No final do século XX, ela se recusou a oferecer o histórico escolar do acadêmico Sílvio Medina, solicitado por outra funcionária, que agia a serviço de membros dirigentes da Fundação Baiana de Cardiologia – FBC, entidade privada que funcionava no espaço público do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos. A obtenção do histórico do aluno era uma tentativa para desqualificar a corajosa crítica estudantil a essa entidade privada”. (JACOBINA, 2016, p. 24-25)

## **PRESENCAS, REFLEXÕES E CONTRADIÇÕES: ONDE ESTÃO OS CORPOS NEGROS, AFINAL?**

Como observada, a presença de negros e negras na FMB é vigente desde a sua fundação, mas, infelizmente, ainda não é de conhecimento geral. Logo, trazer à luz essa presença histórica é necessário. Por isso, vale ressaltar que, apesar dos empecilhos ao estudo impostos pelo período escravocrata, como a proibição de negros frequentarem escolas, como determinava a Lei de nº 1, os corpos negros encontravam-se – e ainda se encontram – em grande quantidade nos laboratórios da FMB, como facilitadores do processo de ensino-aprendizagem sob a condição de cadáveres. Esses, majoritariamente de pessoas negras, servem como objetos e/ou instrumentos de ensino para as práticas médicas. Embora se reconheça a importância desses para o avanço da ciência, cabe questionar a baixa quantidade, por vezes inexistente, de corpos brancos na mesma condição. (CHAGAS, 2015)

Além do mais, é importante salientar que o campo da Medicina se baseia no cuidado, estando presente em todas as fases do ser humano, desde o nascimento até a sua morte, e provê mecanismos para prevenção, diagnóstico, cura e tratamento das doenças, além de estimular a promoção da saúde e do bem-estar social, físico e mental. Tais atributos trazem consigo grande prestígio social àqueles que praticam a profissão. No entanto, ao se questionar quais as características físicas desses profissionais, é comum obter respostas que se assemelham ao perfil caucasiano: pele branca, cabelos lisos e olhos claros. Nota-se, assim, a percepção de um ideal para a “cara de médico”.

No que diz respeito a essas respostas, constata-se a herança de uma sociedade escravocrata em que cabia aos negros a posição de servir, sem a oportunidade de ocupar os cargos de destaque, contribuindo para estranheza, ainda hoje, quando esses não são vistos em lugares subalternos. Nesse contexto, podemos afirmar que, mesmo após 133 anos da abolição da escravatura, os negros, ainda que “libertos”, seguem presos às amarras latentes do racismo estrutural que influem a uma qualidade de vida inferior quando comparados aos brancos. (BRAGA; SILVEIRA, 2007) Desta vez, ocupando lugares antes não permitidos, como a sala de aula, enquanto docentes ou futuros médicos. Soma-se a esses “novos” papéis sociais vivenciados por negros na primeira faculdade de Medicina do país, ainda, servidores técnico-administrativos.

Diante desse cenário, ainda insuficiente de oportunidades e representatividade, tornam-se evidentes as desigualdades sociais e raciais que historicamente pertencem à realidade do Brasil e atingem boa parte da população, com ênfase aos pretos e pardos. (BRAGA; SILVEIRA, 2007) Essas desigualdades influenciam e impedem, de certo modo, o alcance de direitos fundamentais sociais estabelecidos

pela Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, colocando alguns em condições de vida – econômica, social, política, intelectual, cultural e de saúde – estruturalmente mais vantajosas que outros.

Sobre isso, nota-se que um dos principais problemas que potencializam as desigualdades sociais é a disparidade educacional, que perpassa desde o seu acesso até a sua permanência, tanto no ensino básico quanto, principalmente, no ensino superior, onde o acesso é ainda mais restrito para esses estamentos sociais. Logo, no combate a essas iniquidades, compreende-se a importância da educação, que, além da principal forma de ascensão social, é fundamental no alcance de outros direitos e, conseqüentemente, essencial na constituição de uma sociedade mais equânime. (TORRE, 2005)

Diante desse quadro, é inegável que somente compreender quais os passos a serem tomados para melhoria na qualidade de vida, a exemplo da educação, não é o suficiente. Existe uma barreira entre o desejo de realizar e as condições ideais para tal, o que nos permite desqualificar o conceito de meritocracia, numa sociedade desigual em todas as dimensões, entendida como alcance do poder através da competência. (SILVA, 2017) Portanto, é válido ressaltar que o esforço e a dedicação não são pré-requisitos decisivos para o sucesso do objetivo educacional e a conseqüente ascensão social.

Nesse contexto, configurou-se como uma realidade no Brasil a demanda pela implementação de políticas de acesso e permanência no ensino superior, fazendo-se urgente o estabelecimento de políticas de ações afirmativas<sup>16</sup> voltadas à população mais pobre, que não coincidentemente é a população negra. Esta que ocupava, há menos de 25 anos, somente 2% das vagas estudantis nas instituições de graduação (HENRIQUES, 2001) e corresponde, em 2018, a apenas 2% do quantitativo de professores na UFBA. (SOLEDADE, 2018)

## **A IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE AÇÕES AFIRMATIVAS E O IMPACTO DELAS NA FMB**

Levando isso em consideração, diversas discussões foram travadas até a temática da desigualdade social e racial ser incluída nas políticas públicas, com o intuito não apenas de combater o racismo e atenuar a desigualdade racial histórica, mas de efetivamente atuar na promoção da igualdade racial. (JACCOUD, 2009;

---

16 Trata-se de medidas que têm como objetivo combater discriminações étnicas, raciais, religiosas, de gênero ou de casta, aumentando a participação de minorias no processo político, no acesso à educação, saúde, emprego, bens materiais, redes de proteção social e/ou no reconhecimento cultural. (GRUPO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES DA AÇÃO AFIRMATIVA, 2011)

JACCOUD et al., 2009) Então, o movimento negro, que já defendia o acesso à educação formal para os seus, passou a pautar ações afirmativas no ensino superior. (PAIVA, 2013; ROSA, 2016)

Com isso, foram criadas, como políticas públicas focalizadas, as ações afirmativas que, fundamentando-se no princípio de igualdade material, visam à garantia de direitos historicamente negados a grupos minoritários.<sup>17</sup> Isto é, buscam, por meio de condições mais justas de acesso, oferecer reparação social e educacional àqueles que por séculos não tiveram oportunidades e estruturalmente são tratados de forma desigual, de modo que precisem ser colocados ou aproximados em condição de igualdade com as classes sociais, raças e etnias mais favorecidas do país.

Essa pauta desencadeou uma série de medidas, desde o Programa Diversidade na Universidade<sup>18</sup> e o Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais<sup>19</sup> até a implementação da Política de Cotas, por meio da Lei nº 12.711/2012, que garante a reserva de 50% das matrículas por curso e turno para alunos oriundos integralmente do ensino médio público, com recortes de renda e raça/cor/etnia como beneficiários. No cenário baiano, soma-se a esse quantitativo a inserção, na UFBA, das vagas supranumerárias<sup>20</sup> destinadas aos candidatos indígenas aldeados, moradores das comunidades remanescentes dos quilombos, pessoas trans e imigrantes ou refugiados em situação de vulnerabilidade.

A partir dessa implantação e de outros fatores sociais relevantes nos últimos anos, como a criação de pré-vestibulares comunitários e a isenção da taxa do vestibular para as pessoas de baixa renda, o alcance dessa reserva de vagas aos cotistas proporcionou um aumento significativo no número de estudantes de escola pública nas instituições públicas de ensino superior. Principalmente, a quantidade de discentes negros, os quais se tornaram maioria estudantil, pela primeira vez, em 2018 (IBGE, 2019) – mesmo que os povos negros correspondam a 55,8% da população brasileira e estejam proporcionalmente, ainda, sub-representados. (MARQUES, 2018)

---

17 “Acredito que é um resgate daquilo que foi tomado há anos e não restituído. Deveríamos ter uma educação básica de qualidade para todos. Se não temos, devemos tratar a todos com equidade, ou seja, dar as mesmas oportunidades para cursar uma faculdade”. (Relato de docente)

18 Instituído em 2002, possuía o objetivo de estimular e apoiar cursinhos pré-vestibulares promovidos por entidades da sociedade civil, sendo uma alternativa ao desenvolvimento de cotas no país, que foi adotada em resposta às crescentes pressões em prol do desenvolvimento de políticas de ação afirmativa no ensino superior. (BRAGA; SILVEIRA, 2007)

19 Desde o ano de 2005, por exemplo, a UFBA vem reservando vagas para alunos de escola pública e para autodeclarados pretos e pardos, como também, para índios-descendentes, índios aldeados e estudantes vindos de comunidades quilombolas, o que foi considerada uma revolução. (QUEIROZ; SANTOS, 2006)

20 Ler a Resolução nº 07/2018 da UFBA, que reserva quatro vagas supranumerárias no âmbito da graduação. Para mais detalhes, ver: <https://bityli.com/jtA4c>.

Essa soma de fatores representou, portanto, uma quebra da estruturação do racismo, que oprime o corpo negro antes do nascimento e o persegue até o último dia de vida, na tentativa de impedir qualquer possibilidade de ascensão e transformação da realidade imposta pela exclusão social. Tendo isso em vista, os entrevistados foram unânimes em perceber e ressaltar a importância das ações afirmativas como ferramenta para diminuir o abismo social, econômico e histórico e para fazer com que o espaço acadêmico, em um futuro possível, represente a diversidade populacional presente no Brasil.

Na FMB esse avanço não foi diferente e o cenário da faculdade, historicamente elitizado e branco, tem sido modificado desde então. Isto é, se dentre os anos 1812 e 1818<sup>21</sup> apenas dois estudantes negros foram nomeados no Índice Geral dos Graduandos (JACOBINA, 2016), de 2016 a 2021 o cenário encontra-se díspar e pode ser visto nas salas de aula e corredores da primaz do Brasil, com mais de 32 discentes negros por turma/semestre (64 estudantes por ano). Número, inclusive, substancialmente maior do que os 22 estudantes negros que passaram pela FMB entre os anos de 1812 e 1939, a título de comparação. (FORTUNA, 2011; JACOBINA, 2013, 2016; OLIVEIRA, 1992) Logo, se antes essa presença negra estudantil massiva não era possível, hoje é e isso se deve à Política de Ações Afirmativas, como salientam os docentes entrevistados, que creditam esta política ao resultado de resistência, de reivindicações e de lutas incessantes do movimento negro em busca de equidade.

Para melhor descrição, foi elaborada a tabela a seguir (Tabela 1) com os números encontrados e como eles aumentaram<sup>22</sup> significativamente, sobretudo se comparado ao período entre 1812 e 1939:

**Tabela 1** – A presença de estudantes negros na FMB/UFBA (2016-2020)

SEMESTRE/ANO DE INGRESSO	NÚMERO DE INGRESSANTES
2016.1	34
2016.2	32
2017.1	36
2017.2	34

21 Período que engloba a Escola de Cirurgia da Bahia e a fase inicial do Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia.

22 É importante ressaltar um fator limitante desse estudo: o levantamento foi feito com as listas de ingressos do Sistema de Seleção Unificada e egressos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, o que nos dá nomes e números referentes aos cotistas de raça/etnia das modalidades A, Am, Ad, Amd e Fq, e não o total exato de estudantes negros da FMB, visto que existem *mediciners* negros ingressantes no curso via ampla concorrência. Dessa forma, o quantitativo está incompleto.

SEMESTRE/ANO DE INGRESSO	NÚMERO DE INGRESSANTES
2018.1	36
2018.2	34
2019.1	36
2019.2	34
2020.1	37
2020.2	34

Fonte: elaborada pelos autores a partir de levantamento realizado no *site* Ingresso UFBA (2016-2020).

Atualmente, a nível nacional, os estudantes negros, como os autores deste capítulo, representam cerca de 25% do corpo discente de Medicina (INEP, 2020), o que contribui para uma maior e importante representatividade nesses espaços de construção de conhecimento e, futuramente, nos campos de prática. Porquanto que, além de fortalecer os interesses particulares, essa representatividade auxilia na construção da subjetividade e identidade dos indivíduos integrantes desse grupo. Isto é, significa dizer que uma criança negra ao ver um profissional negro cria uma subjetividade – ou desperta em si a possibilidade – de que também pode (e deve!) ocupar esse espaço. (ANDRADE, 2020)

Assim, a universidade, ao passo em que facilita a aprendizagem por campos do saber, é também um espaço privilegiado para produção e reprodução de poder. Dessa forma, buscando uma maior legitimidade e eficácia do debate, faz-se necessária a participação de diferentes grupos no espaço, não apenas como objeto de estudo, mas agora como sujeito ativo da sua própria história. (CALMON; LÁZARO, 2013) Tendo isso em vista, um maior número de estudantes e docentes negros são essenciais neste processo.

Para escurecer<sup>23</sup> mais ainda esse processo de ampliação da presença negra acadêmica e a importância da sua representatividade nas faculdades médicas não só na Bahia, mas ao longo do Brasil, e a necessidade de maior discussão sobre a temática da negritude nesse âmbito, foi fundado o NegreX,<sup>24</sup> em 2015, no Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina, realizado em Belo Horizonte, com a participação de integrantes da FMB. Inicialmente composto somente por estudantes negros de Medicina, o NegreX é um coletivo nacional auto-organizado, formado

23 Você deve estar se perguntando “escurecer?” Sim, escurecer. Se esclarecer é algo elucidativo, explicativo e didático, por que escurecer/enegrecer não seria? Ressalte-se, pois.

24 A título de curiosidade, no nome NegreX a letra “e” busca representar todos os gêneros e a letra “x”, maiúscula, é uma referência e homenagem a Malcolm-X, um dos mais importantes ativistas negros da história.

atualmente por discentes e profissionais médicos, com o objetivo de se debruçar acerca da Medicina, reiterando suas demandas e particularidades e os muitos avanços que ainda atualmente se fazem necessários no âmbito da pauta racial.

Concomitante a esse coletivo, na escola *mater* da Medicina no Brasil, estudantes visualizaram a necessidade de criar uma rede de pessoas negras que caminhassem e se fortalecessem juntas, pessoal-político-social-profissionalmente, e fundaram, em 2016, um núcleo municipal do NegreX, em Salvador. Com o passar dos anos e com o seu movimento articulado, o núcleo tem se estendido a outros espaços de prática e saber médico, como a Universidade do Estado da Bahia (UNEB), a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), a Universidade Salvador (UCSal), a União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime) e unidades de saúde diversas. Nesse coletivo de luta, juntos, com mentes social e ideologicamente alinhadas, incluindo boa parte dos autores e das autoras deste capítulo, pautam uma singularidade comum: para além de ingressar, ocupar e melhorar esses espaços, permanecer e ampliar o alcance para que mais pessoas negras venham a se inserir, de modo que, um dia, construamos uma sociedade e um sistema de saúde equitativo e antirracista.

Para que esta singularidade comum seja alcançada, é importante que, enquanto coletivo, estejam atentos às problemáticas delicadas que influenciam e/ou impedem que a presença e representatividade negra na faculdade não sejam ainda maiores, como as nuances que envolvem a permanência no curso e a ocupação indevida desses espaços por afroconvenientes, pessoas que se autodeclaram negras indevidamente para obter acesso às cotas sociorraciais. Isto indica que, apesar dos avanços proporcionados pela Política de Ações Afirmativas, ainda existem barreiras a serem quebradas, sejam relacionadas à permanência na universidade, sejam para alcançar o ingresso.

No primeiro quesito, após garantir o acesso desses estudantes, faz-se necessário pensar na permanência deles na universidade e, nesse âmbito, há duas esferas que a compreendem. A primeira e mais direta refere-se à permanência material, associada às condições materiais de existência e sobrevivência na universidade, como transporte, alimentação e material acadêmico (acréscimo de custo de moradia, caso seja oriundo de outra cidade ou more de aluguel), sendo ainda maior o desafio se cotista com renda *per capita* igual ou inferior a um salário mínimo. A outra, por sua vez, concerne à permanência simbólica, a qual trata das possibilidades de se identificar com o grupo dos demais universitários, ser reconhecido e pertencer a ele. (SANTOS, 2009) Alguns estudos já mostram que a criação desses vínculos e redes de apoio, para alguns, pode ser fator de decisão para cancelar, adiar ou reafirmar a evasão do curso. (SANTOS et al., 2015) Da mesma forma, essa importância é ressaltada pelos docentes:

*Criar laços e vínculos no ambiente universitário é essencial para a experiência e aprendizagem integral e troca de conhecimentos. Encontrar outros estudantes negros aumenta o aumento de diversidade e de novas vivências no cenário do ensino superior, facilitando a criação de laços com a instituição e do conhecimento de novas realidades e visões, sendo motivador para os estudantes já ingressos na faculdade e para os que visam ingressar. (Relato de docente)*

No âmbito material, na UFBA, os alunos têm desenvolvido formas para minimizar o impacto financeiro, como levar alimento de casa, compartilhar transporte e material de estudo, vender utensílios ou alimentos nas unidades acadêmicas ou mesmo tentar bolsa, estágio remunerado, trabalho informal e formal (SANTOS, 2009), além de solicitar o auxílio universitário via Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil. No entanto, esse auxílio, além de insuficiente, não abarca o macro, sem contar que nos últimos anos cada vez menos discentes têm sido assistidos por essa ajuda devido aos cortes orçamentários subsequentes desencadeados pela política neoliberal do último e do atual governo, principalmente a partir da Emenda Constitucional de nº 95/2016 (EC 95). A revogação imediata e permanente da EC 95, bem como a implementação e/ou melhorias nos programas de assistência estudantil do ensino superior são necessárias, portanto, para que os efeitos das desigualdades sociais sejam minimizados, as condições de permanência sejam democratizadas, as taxas de retenção e evasão reduzidas e a inclusão social pela educação promovida. (BRASIL, 2010)

Já no que se refere à problemática da afroconveniência, torna-se necessário trazer uma reflexão acerca do número histórico alcançado em 2018, que elucida que mais da metade dos universitários das instituições públicas são negros. Essa análise precisa ser realizada, posto que leva em consideração todas as pessoas autodeclaradas pretas ou pardas que adentram às universidades, o que dissimula o resultado, de certo modo, haja vista a inserção de pessoas brancas que, utilizando de sua afroconveniência, usurpam essas vagas que sangue nos custou. De modo escancarado, numa covardia sem escala, burlam o sistema e se auto beneficiam na tentativa de, mais uma vez, assegurar seus privilégios, com o discurso de que no Brasil não existe branco e que somos todos negros pelo sangue e pela cor. (DAMASCENO; JESUS, 2019)

Desse modo, a fraude às cotas raciais, realidade pouco divulgada, mas que ocorre semestralmente, não deixa de ser uma manifestação do racismo institucionalizado, em que pessoas brancas julgam a população negra como inapta para acessar a universidade, sentem-se no direito de ocupar as vagas de pessoas negras e ainda gozam do privilégio branco para fazer isso sem medo algum de serem penalizados, pois estão cobertos por sua branquitude inimputável. (DAMASCENO; JESUS, 2019) Diante desse cenário e para buscar cessar essa usurpação de vagas,

militantes negros, do NegreX Salvador e do Diretório Acadêmico de Medicina (Damed) da UFBA, têm efetuado denúncias à ouvidoria da UFBA, ao Grupo de Atuação Especial de Proteção dos Direitos Humanos e Combate à Discriminação do Ministério Público (MP) do Estado da Bahia, ao MP federal e até ido à mídia. Essa movimentação visa dar notoriedade, na tentativa de que algo seja feito para mudar o panorama que, somente contabilizando ingressantes na FMB ao longo de 2018, a título de conhecimento, alcançou o número de 29 possíveis fraudes dentre os 70 cotistas de raça (com renda e independentemente de renda), conforme levantamento do Grupo de Trabalho de Combate às Fraudes nas Cotas (GTCFC).<sup>25</sup>

Até então, a UFBA, de forma falha, pensava ser suficiente uma autodeclaração para validar a matrícula. Entretanto, visando atender às demandas dos movimentos sociais e à legislação vigente, o Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão publicou a Portaria Normativa nº 4, de 6 de abril de 2018, regulamentando o procedimento de heteroidentificação complementar à autodeclaração dos candidatos negros, para fins de preenchimento das vagas reservadas nos concursos públicos federais, e a UFBA, pautando-se nessa normativa, aprovou a Resolução nº 07/2018, em 19 de dezembro de 2018, que deliberou sobre a verificação presencial da autodeclaração de pessoas negras por meio de comissões compostas por cinco pessoas.<sup>26</sup> O método utilizado para a realização da aferição é denominado Ojú Oxê – Olhos da e para a Justiça – e foi elaborado pela socióloga Marcilene de Souza. Recentemente, por meio da Portaria nº 169/2019, de 5 de dezembro de 2019, foi instituída a Comissão Permanente de Heteroidentificação para os processos seletivos da UFBA.

Em 2019, primeiro ano em que houve a aferição, em um universo de 28 cotistas de raça no curso de Medicina da FMB/UFBA, 22 pessoas foram indeferidas – e o número seria maior ainda caso os egressos do Bacharelado Interdisciplinar em

---

25 A análise fenotípica realizada pelo GTCFC baseou-se na visualização presencial (corredores e salas de aula da FMB), via fotos nas redes sociais e até por meio da foto do Currículo Lattes dos envolvidos. 84 afroscorventes, entre 2014 e 2020, foram identificados e denunciados na ouvidoria da UFBA.

26 A título de conhecimento, antes mesmo de aplicar no contexto estudantil, a UFBA inseriu, em concurso público para servidor técnico-administrativo, que os candidatos inscritos como negros, que fossem aprovados, seriam convocados pelo Instituto AOCP, anteriormente à homologação do resultado do concurso, para o comparecimento presencial para aferição da veracidade da autodeclaração como negro, com a finalidade de atestar o enquadramento previsto na Lei nº 12.990/2014. Da mesma forma, a UFBA constituiria uma banca para aferição da veracidade da autodeclaração como pessoa negra com requisitos habilitantes, conforme determinado pela Orientação Normativa nº 3, de 1º de agosto de 2016. A banca seria responsável pela emissão de um parecer conclusivo favorável ou não à declaração do candidato, considerando os aspectos fenotípicos deste. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2017)

Saúde (BIS),<sup>27</sup> que agora estão em Medicina, tivessem passado pela aferição, mas a UFBA falhou e não realizou a verificação nos egressos daquele ano.<sup>28</sup> Em 2020, já inseridos os egressos do BIS no processo, 17 afroconvenientes foram indeferidos, sendo 7 advindos do BIS. Esses números, evidentemente, referem-se à FMB, mas quando estendidos às outras unidades acadêmicas da UFBA são ainda mais impactantes.

Partindo desse pressuposto e levando em consideração a importância da Política de Ações Afirmativas e as cotas no tocante à mudança de cenário e tentativa de equidade de oportunidades, mais especificamente as voltadas ao ingresso nas universidades, os autores deste capítulo declaram apoio e ressaltam a importância da atuação da Comissão de Heteroidentificação no combate a essas fraudes, mas salientam, também, que essa precisa de ajustes. Os docentes entrevistados coadunam com esse posicionamento e relatam ainda que, para evitar os casos de fraudes nas cotas, a fiscalização deve ser mais rígida e os fraudadores precisam ser punidos de forma severa, inclusive com expulsão sumária da instituição e/ou perda do diploma – em caso de análises retroativas. Pensam, ademais, que a ocorrência dessas fraudes não pode servir como argumento para acabar com a política de cotas.

Além disso, é válido demarcar este território e reafirmar que, assim como os seus ancestrais, as pessoas negras foram forjadas na resistência e na luta. Logo, não se cansarão até que todos os afroconvenientes sejam expulsos e que os lugares sejam assumidos por quem realmente possui direito, como ocorreu recentemente com Lindinês,<sup>29</sup> que conquistou a sua vaga em Medicina no Instituto Multidisciplinar em Saúde da UFBA, em Vitória da Conquista, após um falso cotista ter a sua matrícula indeferida. Por fim, além do indeferimento, seria interessante e justo que as pessoas falsas cotistas tivessem que ressarcir a universidade pelo tempo e capital investidos e as pessoas negras que foram e estão sendo prejudicadas com essas fraudes.

---

27 O BIS é um curso de graduação, com carga horária total de 2.400 horas e duração mínima de seis semestres, cuja estrutura curricular favorece uma formação geral e específica, com visão panorâmica das diversas áreas de investigação, práticas e profissões da saúde.

28 Catorze egressos do BIS adentraram em Medicina. Estima-se que, dentre os 14, pelo menos 8 fraudaram. Necessitou, *a posteriori*, ser aberta uma sindicância, advinda de denúncia, para que o caso fosse apurado, mas até hoje não há resposta sobre o que nos faz refletir acerca da impunidade ante a branquitude.

29 Lindinês, cotista advinda de escola pública, negra, independentemente de renda (cota A), tentou ingressar em Medicina, mas não foi selecionada porque afroconvenientes estavam ocupando a sua vaga. Após denúncias, individuais e coletivas, a UFBA convocou os selecionados para uma verificação. Não surpreendentemente, todos os cinco cotistas da sua turma tiveram a sua matrícula indeferida e ela, como lhe era de direito e deveria ter ocorrido desde o início, conseguiu se matricular no curso de Medicina no Instituto Multidisciplinar em Saúde da UFBA, em Vitória da Conquista. Sobre essa experiência, deve-se ver: <https://www.institutoaocp.org.br/>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um país como o Brasil, em que o racismo dita as experiências, os acessos e o direito à vida, é fundamental debater e investir em resistência, diversidade e representatividade. Muitas foram as conquistas alcançadas pelo povo negro nos últimos anos no país, somente possíveis graças a um histórico de luta com muito derramamento de sangue, obstinação e resiliência. Apesar dos avanços obtidos – muitos convertidos em decretos de lei e políticas públicas –, faz-se necessário e importante que este país reconheça sua dívida histórica com o povo negro e corrija as injustiças sociais até hoje impostas a esta população. É imprescindível, também, o fim do negacionismo quanto à existência do racismo e à sua naturalização. A ordem social brasileira é e sempre foi racista e precisamos colocar isso como uma problemática para que seja discutida, tratada e superada.

Por fim, é importante se questionar: onde estão os corpos negros na FMB? Outrora, em maioria, silenciados e objetificados em corpos mortos formolizados. Hoje, representados no corpo vivo docente, discente e de funcionários desta instituição. Estão representados nos autores deste escrito. Acima de tudo, estão unidos, engajados, encorajados, articulados, letrados, empoderados e prontos para honrar e celebrar o histórico de luta e conquista de seus ancestrais, construindo novas histórias, alcançando novos espaços, quebrando muitas correntes, cadeados e portões e abrindo portas para muitos de nós. Afinal, não basta alcançar individualmente, é preciso fazê-lo coletivamente.

É isto, caros leitores e leitoras, pessoas negras ou não negras, espero que vocês, assim como estes que vos escreve, não se esqueçam que, independentemente do período histórico, a população negra é potência, luta e resistência. Este escrito não estaria completo, portanto, se não estimulasse você a se engajar no combate ao racismo através de debates críticos no cotidiano, sendo um agente de mudança para transformação do mundo em um lugar que respeita a diversidade ao invés de opri-la. Afinal de contas, como diria a forte voz negra de Nelson Mandela, “ninguém nasce odiando uma pessoa pela cor da sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender, e, se podem aprender a odiar, podem ser ensinadas a amar”. (MANDELA apud UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, [2020])<sup>30</sup>

---

30 Sobre Nelson Mandela e alguns de seus importantes discursos e feitos, recomenda-se a leitura do texto “18 de julho - Dia Internacional Nelson Mandela”, disponível em: <https://tv.unesp.br/old/4739>.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Wlamyra Ribeiro de. *A exaltação das diferenças: racialização, cultura e cidadania negra (Bahia, 1880-1900)*. 2004. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- ALONSO, Angela. Processos políticos da abolição. In: SCHWARCZ, Lília Moritz; GOMES, Flávio (org.). *Dicionário da escravidão e liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- ANDRADE, Rani. *Representatividade: o que isso significa?* Politize, São Paulo, 15 maio 2020. Disponível em: <https://www.politize.com.br/representatividade/>. Acesso em: 29 jan. 2021.
- ARAÚJO, Ubiratan Castro de. A política dos homens de cor no tempo da Independência. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 253-269, 2004.
- AZEVEDO, André Nunes de. A reforma Pereira Passos: uma tentativa de integração urbana. *Revista Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, n. 10, p. 35-63, maio/ago. 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-9221>. Acesso em: 4 jan. 2021.
- BANTON, Michael. *A ideia de raça*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BOLSANELLO, Maria Augusta. Darwinismo social, eugenia e racismo “científico”: sua repercussão na sociedade e na educação brasileira. *Educação em Revista*, Curitiba, n. 12, p. 153-165, dez. 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.166>. Acesso em: 25 jan. 2021.
- BOSENBECKER, Patrícia. Racialização no processo imigratório brasileiro: as transformações na legislação e o papel do estado. *Áskesis*, São Carlos, v. 6, n. 2, p. 97-113, jul./dez. 2017.
- BRAGA, Maria Lúcia de Santana; SILVEIRA, Braga e Maria Helena Vargas da (org.). *O programa diversidade na universidade e a construção de uma política educacional anti-racista*. Brasília, DF: UNESCO, 2007.
- BRASIL. (Constituição [1988]). *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 28 jan. 2021.
- BRASIL. Decreto nº 7.234 de 19 de julho de 2010. Dispõe sobre o Programa de Assistência Estudantil. Dispõe sobre o Programa de Assistência Estudantil - PNAES. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 jul. 2010. Disponível em: <https://bitly.com/7vHRm>. Acesso em: 25 jan. 2021.

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*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 30 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Temático saúde da população negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico\\_saude\\_populacao\\_negra\\_v.7.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v.7.pdf). Acesso em: 23 jan. 2021.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais*: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

CALMON, Cláudia; LAZARO, André. A cor da universidade e a importância das ações afirmativas. In: BARROS, Ronaldo Crispim Sena (org.). *Políticas afirmativas no ensino superior*: a experiência da UFRB Grupo. Rio de Janeiro: FLACSO, GEA; UERJ, LPP, 2013. p. 9-21. (Coleção Estudos Afirmativos, v. 4).

CHAGAS, Juarez e Silva. *Cadáver desconhecido*: importância histórica e acadêmica para o estudo da anatomia humana. 2001. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

COLETIVO LUIZA BAIROS. *Manifesto de fundação do Coletivo Luiza Bairros*. Salvador, 2016. Disponível em: <https://medium.com/@coletivoluiزابairros/manifesto-de-funda%C3%A7%C3%A3o-do-coletivo-luiza-bairros-44848741911e>. Acesso em: 29 jan. 2021.

COLETIVO LUIZA BAIROS. *Manifesto pelo enegrecimento do corpo docente da UFBA*. Salvador, 2018. Disponível em: <https://flordedende.com.br/coletivo-luiza-bairros-leva-30-manifesto-reitoria-da-ufba/>. Acesso em: 29 jan. 2021.

DAMASCENO, Andherson Stéphanes Barberino; JESUS, Gabriel Vitor do Amor Divino. Afroconveniência. In: SARAU DA ONÇA (org.). *O diferencial das favelas*: dos contos às poesias de quebrada. Vitória da Conquista: Galinha Pulando, 2019. p. 123.

DOMINGUES, Heloísa Maria Bertol; SÁ, Magali Romero; CLICK, Thomas (org.). *A recepção do darwinismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. (História e saúde).

FORTUNA, Cristina Maria M. *Notas sobre afrodescendentes, abolicionismo, estudos do negro e a Faculdade de Medicina da Bahia primaz do Brasil de 1808 a 1888*. Salvador: FMB-UFBA, 2011. Mimeografada.

GRUPO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES DA AÇÃO AFIRMATIVA. *O que são ações afirmativas?* Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://gema.iesp.uerj.br/o-que-sao-acoes-afirmativas/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GUARNIERI, Fernanda Vieira; MELO-SILVA, Lucy Leal. Cotas Universitárias no Brasil: análise de uma década de produção científica. *Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 183-193, maio/ago. 2017.

HENRIQUES, Ricardo. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Rio de Janeiro: IPEA; Brasília, DF: MEC, 2001. (Texto para discussão, n. 807).

IBGE. *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. estudos e pesquisas. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. (Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 41).

INEP. *Número de matriculados no curso de Medicina no Brasil*. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior>. Acesso em: 27 jan. 2021.

JACCOUD, Luciana (org.). *A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos 20 anos*. Brasília, DF: IPEA, 2009.

JACCOUD, Luciana *et al.* *Entre o racismo e a desigualdade: da Constituição à promoção de uma Política de Igualdade Racial (1988-2008)*. Brasília, DF: IPEA, 2009.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB*. Salvador: FAMEB-UFBA, 2013. v. 3.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Presença negra na Faculdade de Medicina da Bahia: alunos, professores, servidores técnico-administrativos e outros*. Salvador: Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins, 2016.

JULIANO Moreira (6/01/1872 – 1933): professor substituto de clínica psiquiátrica. [Salvador], [200-]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/95>. Acesso em: 16 jul. 2021.

LOPES, Raimundo Hélio. *Dicionário histórico biográfico brasileiro*. Rio de Janeiro: CPDOC, 2010.

MARQUES, Eugenia Portela de Siqueira. O acesso à educação superior e o fortalecimento da identidade negra. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1-23, 2018.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 178-179, dez. 2000.

OLIVEIRA, Eduardo de Sá. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia, concernente ao ano de 1942*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992

PAIM, Antônio. *História das ideias filosóficas no Brasil*. São Paulo: Grijalbo, 1967.

PAIVA, Angela Randolpho. Políticas públicas, mudanças e desafios no acesso ao ensino superior. In: PAIVA, A. R. (org.). *Ação afirmativa em questão: Brasil, Estados Unidos, África do Sul e França*. Rio de Janeiro: Pallas, 2013. cap. 2, p. 41-72.

- PITANGA, Ismael Lage. Ernesto Carneiro Ribeiro: a trajetória intelectual do professor negro baiano (1837-1920). In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 30., 2019, Recife. *Anais [...]*. Recife: ANPUH, 2019. p. 2.
- QUEIROZ, D. M; SANTOS, J. T. Sistema de cotas: um debate: dos dados à manutenção de privilégios e de poder. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 27, n. 96, p. 717-737, 2006. Disponível em: <https://bityli.com/iQSRm>. Acesso em: 23 jan. 2021.
- REIS, João José. “Nos achamos em campo a tratar da liberdade”: a resistência negra no Brasil oitocentista. In: MOTA, Carlos Guilherme (org.). *Viagem incompleta: a experiência brasileira, 1500-2000: formação: histórias*. São Paulo: Ed. SENAC, 1999.
- RODRIGUES, Marcela Franzen. 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, 2015.
- ROSA, Aline Anjos da. *A implementação das cotas raciais e sociais na UFGD e sua contribuição para a política de ações afirmativas (2012-2014)*. 2016. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Grande de Dourados, Dourados, 2016.
- SANTOS, Anelise Schaurich dos; OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de; DIAS, Ana Cristina Garcia. Características das relações dos universitários e seus pares: implicações na adaptação acadêmica. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 150-163, abr. 2015.
- SANTOS, Dyane Brito Reis. *Para além das cotas: a permanência de estudantes negros no ensino superior como política de ação afirmativa*. 2009. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- SANTOS, Jucimar Cerqueira dos; SANTOS, Mayara Priscilla de Jesus dos Santos. Da Educação Primária ao Ensino Superior: o desafio das mulheres de cor e trabalhadoras para alcançar a educação escolar no Brasil entre o final do século XIX e início do século XX. *Canoa do Tempo*, Manaus, v. 11, n. 2, p. 51-76, out./dez. 2019.
- SANTOS, Mayara Priscilla de Jesus dos. *Maria Odília Teixeira: a primeira médica negra da Faculdade de Medicina da Bahia (1884- 1937)*. 2019. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.
- SEYFERTH, Giralda. Colonização, imigração e a questão racial no Brasil. *Revista USP*, São Paulo, n. 53, p. 117-149, mar./maio 2002.
- SILVA, Bruna Caroline Moreira. *Desconstruindo mitos: meritocracia e a lei de cotas*. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2017.
- SOLEDAD, Aina. Coletivo aponta que só há 2% de professores negros na UFBA. *A Tarde*, Salvador, 10 jun. 2018. Disponível em: <https://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/>

noticias/1968259-coletivo-aponta-que-so-ha-2-de-professores-negros-na-ufba. Acesso em: 18 set. 2021.

TOKARNIA, Mariana. Segundo dia de Enem tem abstenção de 55,3%: candidatos resolveram questões de matemática e ciências da natureza. *Agência Brasil*, Rio de Janeiro, 24 jan. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2021-01/segundo-dia-de-enem-tem-abstencao-de-55%2C3>. Acesso em: 29 jun. 2022.

TORRE, Saturnino de la. *Dialogando com a criatividade*. São Paulo: Madras, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Ações afirmativas, 15 anos*: levantamento inédito aponta que metade dos servidores são negros. Salvador, 13 set. 2019. Disponível em: [https://ufba.br/ufba\\_em\\_pauta/acoes-afirmativas-15-anos-levantamento-inedito-aponta-que-metade-dos-servidores-sao#:~:text=Ao%20todo%2C%202.029%20trabalhadores%20t%C3%A9cnico,incluindo%20servidores%20cedidos%20e%20permanentes](https://ufba.br/ufba_em_pauta/acoes-afirmativas-15-anos-levantamento-inedito-aponta-que-metade-dos-servidores-sao#:~:text=Ao%20todo%2C%202.029%20trabalhadores%20t%C3%A9cnico,incluindo%20servidores%20cedidos%20e%20permanentes). Acesso em: 21 jan. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Edital nº 02/2016 - Retificado*. Concurso Público para Servidor Técnico-Administrativo. Salvador, 14 ago. 2017. Disponível em: <https://concursos.ufba.br/>. Acesso em: 18 set. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Edital nº 01/2018*. Carreira de Magistério Superior. Professor Auxiliar, Professor Assistente e Professor Adjunto A. Salvador, 15 mar. 2018. Disponível em: <https://concursos.ufba.br/>. Acesso em: 18 set. 2021.

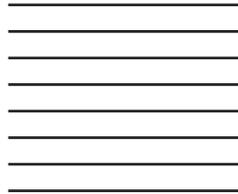
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Processo Seletivo Sisu - UFBA*. Disponível em: <https://ingresso.ufba.br/>. Acesso em: 25 jan. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Processo Seletivo para ingresso nos cursos de Progressão Linear (CPL) de Estudantes Graduados em Bacharelado Interdisciplinar (BI) da UFBA*. Salvador, [200-]. Disponível em: <https://ingresso.ufba.br/egressos-bi>. Acesso em: 25 jan. 2021.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. *18 de julho - Dia Internacional Nelson Mandela*. Bauru, [2020]. Disponível em: <https://tv.unesp.br/old/4739>. Acesso em: 23 jan. 2021.

UZÊDA, André. *Adeus*: morre, aos 78 anos, Seo Bina. O homem que fez a cabeça dos médicos na Bahia. *Aratu On*, Salvador, 2017. Disponível em: <https://aratuon.com.br/noticia/geral/adeus-morre-aos-78-anos-seo-bina-o-homem-que-fez-a-cabeca-dos-medicos-na-bahia>. Acesso em: 20 jan. 2021.

WEDDERBURN, Carlos Moore. *O racismo através da história*: da antiguidade à modernidade, 2007. Disponível em: <http://www.ammapsique.org.br/baixe/O-Racismo-atraves-da-historia-Moore.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2020.



## 7

# FISIONOMIA DE UMA DATA: 22 DE AGOSTO DE 1932. A VITÓRIA DA SOLIDARIEDADE CONTRA O PODER AUTORITÁRIO

*Ronaldo Ribeiro Jacobina*  
*Maria Carolina Paraiso Lopes*  
*Antônio Carlos Nogueira Britto*

## INTRODUÇÃO

Há no protagonismo dos acadêmicos da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) um episódio com semelhante ato de solidariedade ao que aparece no filme *Spartacus*, do diretor Stanley Kubrick.

O filme *Spartacus* (1960), de Stanley Kubrick (26/07/1928-07/03/1999), conta a história do escravo e gladiador Spartacus que, em 73 a.C., liderou uma rebelião contra o Império Romano. Baseada no livro homônimo do também estadunidense

Howard Fast (11/11/1914 - 12/03/2003), publicado pela primeira vez em 1951 (edição do autor) e depois editado em Londres (*London, Lane*, 1952), esta superprodução teve como roteirista Dalton Trumbo (09/12/1905 – 10/09/1976), ambos, autor do romance e roteirista do filme, foram presos e condenados nos anos 1950 pelo macarthismo. (BIOGRAPHY..., [20--?]; HOWARD..., [20--?])

O filme ganhou o Oscar em quatro itens, com destaque para o de ator coadjuvante (Peter Ustinov) e o de fotografia (Russell Metty). (GUIA..., 2003, p. 669) É na parte final do filme que aparece a bela metáfora sobre a solidariedade. Depois dos escravos revoltados, sob o comando de Spartacus (Kirk Douglas), infringirem várias derrotas no mais poderoso exército do mundo daquela época, os romanos conseguiram, enfim, derrotá-los, sendo milhares dos revoltosos aprisionados. O porta-voz do exército romano, sob o comando de Marcus Lucinius Crassus (Laurence Olivier), diz que as vidas dos revoltosos seriam salvaguardadas por decisão do comandante “piedoso”. Eles eram escravos e continuariam sendo escravos, mas a sentença horrível da crucificação seria posta de lado com a condição de identificar vivo ou morto o escravo que liderou a revolta, chamado Spartacus.

O líder (Kirk Douglas) se levanta para assumir sua identidade e libertar os outros do martírio, mas, com ele, o escravo Antoninus (Tony Curtis) também se levanta e, junto com ele, muitos outros que se antecipam ao líder e gritam em coro: “Eu sou Spartacus!”. Aquele coro solidário teve um fim trágico, pois todos foram crucificados.

Se foi desse modo que se sucedeu na história real daquela revolta famosa ou se é uma versão literária do escritor, do roteirista ou do diretor do filme, já que este é um “filme de arte”, autoral, aqui pouco importa. Importa guardar esta cena inesquecível e acompanhar a descrição e análise do acontecimento que vai ser narrado a seguir. Um fato na história da FMB. E, como veremos, tem outro desfecho, bem diferente daquele do filme. (JACOBINA, 2014)

## **A REVOLUÇÃO CONSTITUCIONALISTA**

A Revolução Constitucionalista, movimento armado iniciado em São Paulo no dia 9 de julho de 1932, teve entre seus objetivos a luta contra o governo provisório de Getúlio Vargas, que extinguiu a primeira Constituição Republicana de 1891, e pela instalação de um regime democrático e constitucional.

Esse movimento de 1932, qual o deus romano Jano (*Janus*), teve duas faces: uma voltada para o passado, daqueles que esperavam retroceder ao Estado liberal oligárquico da República Velha; e outra, para o futuro, como janeiro, o primeiro mês do ano novo (BULFINCH, 1965, p. 15), dos que lutavam para construir, com uma nova constituição, um Estado democrático de direito. Constituição pro-

metida logo após a Revolução de 1930 para o país, pois seguiu um período de descumprimentos das ordens constitucionais vigente e de enfraquecimento dos poderes locais vivenciados a partir do governo provisório de Getúlio Vargas. (DIAS; PAIXÃO, 2017)

O levante militar paulista, chefiado pelo general Bertholdo Klinger, contou com o apoio de outros estados da federação – Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Mato Grosso. A luta se travou em três frentes: o Vale da Paraíba, o Sul Paulista e o Leste Paulista. (SILVA; CARNEIRO, 1998) O levante foi sufocado em 2 de outubro de 1932, na cidade de Cruzeiro, pelas tropas do general Góes Monteiro, mas o movimento teve entre seus efeitos a realização de eleições nacionais, em 3 de maio de 1933, para a Assembleia Constituinte Nacional. Pela vez primeira a mulher teve os seus direitos políticos de votar e de ser votada proclamados na nova Constituição Federal. Outra novidade foi o direito à educação, entre outros direitos sociais, inscritos na nova Carta Magna brasileira. Enfim, como consequência dessa luta, houve um hiato democrático de 1934 a 1937, no populismo autoritário brasileiro, de 1930 a 1945.

Cabe aqui, de início, destacar as duas atas que registram as sessões da Congregação da FMB relacionadas ao acontecimento: a de 22 de agosto de 1932 (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932a), presidida pelo ainda diretor prof. Aristides Novis; e a de 9 de dezembro do mesmo ano (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b), data da primeira sessão daquele colegiado, depois da renúncia do prof. Novis. Nela, como professor e ex-diretor, ele relata os fatos, desde o ato pacífico no anfiteatro da faculdade, em 13 de agosto daquele ano, depois os primeiros conflitos da polícia com os alunos e alunas do Ginásio da Bahia, em 15 de agosto, até os acontecimentos de 22 de agosto na FMB e os subsequentes. Além das atas no Arquivo Anselmo Pires de Albuquerque da faculdade, em sua sede no prédio no Terreiro de Jesus, outra fonte preciosa de dados foram os jornais de época preservados na Biblioteca Pública do Estado e no Instituto Histórico e Geográfico da Bahia.

Um pouco mais de um mês de iniciado o conflito nacional, em São Paulo, no dia 13 de agosto de 1932, houve uma sessão no Anfiteatro Alfredo Britto da FMB, no Terreiro de Jesus, de professores e alunos da escola médica, que teve também a participação de acadêmicos de Direito e Engenharia, além de numerosos alunos do “Gymnasio da Bahia” (ATITUDE..., 1932; INALTERADA..., 1932), atual Colégio Estadual da Bahia, o famoso “Central”, no bairro de Nazaré.

Presidiu a assembleia o prof. Adolpho Diniz Gonçalves, que historiou a luta fratricida. O diretor da FMB, prof. Aristides Novis, professor catedrático de Fisiologia (OLIVEIRA, 1992), esteve presente nessa reunião e ressaltou a postura pacífica e disciplinada dos acadêmicos naquele encontro, além de elogiar a tradição liberal e democrática da comunidade da faculdade. Falaram também o prof. Aloysio de

Carvalho Filho e o professor de Direito dr. Jayme Junqueira Ayres em apoio ao movimento constitucionalista. Entre os alunos destacaram-se as falas dos acadêmicos Emilio Diniz, Portella Filho e Demosthenes Berbert, os quais, em nome dos discentes das faculdades de Medicina, Engenharia e Direito, ratificaram o apoio dos seus colegas, pela causa que os reunia na luta pela “reconstitucionalização imediata” do país e retorno ao regime legal. Entre outras falas estudantis, teve também a de outro aluno de medicina, Isnard Ferreira. (BRITTO, [20--?])

O prof. Adolpho Diniz Gonçalves se formou na escola *mater* da Medicina brasileira em 1923. Sobre os dois estudantes de Medicina referidos, sabe-se que Emilio Diniz da Silva se graduou também pela FMB naquele mesmo ano (1932) e Isnard Duarte Ferreira, em 1935. (TAVARES-NETO, 2008)

Dois dias depois (15 de agosto), houve um movimento grevista dos alunos do Ginásio da Bahia, aparentemente sem relação direta com aquele ato político na FMB. Era uma luta contra a realização de provas parciais, em que os alunos discordavam de sua realização. No dia 18 de agosto, uma comissão dos grevistas chegou a ter uma audiência com o interventor federal na Bahia, o tenente Juracy Magalhães, que se comprometeu em negociar, em nível federal, a suspensão das provas parciais, mas manifestou preocupação com o uso político da greve. (CASO..., 1932) O impasse continuou e houve denúncias de agressão policial aos estudantes do Ginásio da Bahia.

O prof. Aristides Maltez (1882-1943), catedrático de Ginecologia e professor do ginásio (OLIVEIRA, 1992, p. 361), que estava como examinador das provas parciais, testemunhou as agressões dos policiais aos alunos, tendo já um agente policial lesado a cabeça de uma aluna à “*casse-tête*”, tendo ele intermediado para evitar maiores incidentes: “fiz ver que na natureza as cousas que mais nos encantam se fazem em silêncio, embora se traduzam depois de maneira altissonante. Pedilhes então que em silêncio se retirassem [...] Não houve o menor incidente”. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b, f. 4-5, 7)

O movimento grevista (a “parede”) do ginásio continuou. (BRITTO, [20--?]) No dia 18 de agosto, os estudantes de Medicina “declararam-se sympathicos ao movimento paulista de reconstitucionalização imediata do Paiz” (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b, f. 6), como afirma o diretor Aristides Novis, que conseguiu dissuadi-los de fazer uma passeata pelo centro da cidade naquele mesmo dia. Se, por um lado, aceitaram o pedido do diretor, por outro, continuaram “intervalladas, as suas manifestações pró-Constituintes”. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b, f. 6) E o direito democrático de divergir, o prof. Novis disse que não iria proibir: “Dentro da ordem, não me era dado o direito de abafar o pensamento a mocidade”. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b, f. 6)

## FACULDADE LIVRE

Na manhã de 22 de agosto, queixando-se de perseguições e agressões por parte da polícia, os alunos do Ginásio da Bahia recorreram ao edifício da escola médica como refúgio. Os ânimos ficaram exaltados e, por volta do meio-dia, foi hasteada na FMB, no Terreiro de Jesus, uma bandeira branca, com os seguintes dizeres em azul: “Faculdade Livre”.

Manifestos contra o regime e pró-movimento constitucionalista circulavam pelo centro da cidade, como os citados pelo historiador Luís Henrique Dias Tavares (2001, p. 391):

Povo da Bahia! Estamos certos de que não ficareis indiferentes ante o momento de vibrante civismo que atravessa o país e haveis de vibrar e de vos empenhar conosco em prol do movimento constitucionalista, que vos dará Paz, Felicidade e Progresso. Às armas, povo baiano!

Houve também o manifesto proclamado na faculdade, depois de hasteada a bandeira branca, segundo o jornalista Mário Magalhães (2012, p. 56): “São Paulo fez o primeiro Sete de Setembro. Reproduziu-o agora. A mocidade acadêmica dirige o segundo Dois de Julho de nossa história. Às armas, baianos!”.

Pela tarde, houve uma reunião extraordinária da congregação, convocada pelo diretor prof. Aristides Novis, naquele mesmo dia. Nessa reunião, o prof. Gonçalo Moniz ressaltou a atitude de solidariedade dos estudantes de Medicina aos alunos e às alunas do Ginásio da Bahia:

Declara antes de tudo, estar francamente ao lado da mocidade acadêmica na digna, briosa e justa attitude por ella assumida, adherindo a corrente, – que agita toda a população brasileira – de anseios pela volta do paiz ao regimen da lei e da liberdade. Si, a respeito dessas louvaveis manifestações das classes discentes da Bahia, tal já era até então o seu sentimento, mais vivo se tornou este após os injustificaveis actos de violência perpetrados pela força pública contra os alumnos e alumnas do Gymnasio da Bahia, que correram a buscar amparo no edificio desta Faculdade, onde, como era de se espera, foram recebidos, de braços abertos, pelos estudantes de medicina e dos outros cursos aqui professados. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932a, f. 3-4)

Outro professor que, naquela histórica sessão da congregação da FMB, assumiu posição em defesa da democracia foi o prof. Antônio Bastos de Freitas Borja (1878-1933), professor catedrático de Clínica Cirúrgica, “cidadão de rara bravura”. (OLIVEIRA, 1992, p. 319-320) Afirmou o prof. Antônio Borja que “aquelle momento

exigia posições definidas, razão porque se não eximia de condenar as ditaduras e enaltecer o regime constitucional, exercido em plena democracia”. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932a, f. 5) Por outro lado, o prof. Agrippino Barbosa (1882-1943), aliado do interventor, na sessão de 9 de dezembro deu o único voto contrário na aprovação da ata dessa sessão de 22 de agosto. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b, f. 5)

De volta ao cenário da tarde de 22 de agosto, na sacada da fachada principal do edifício da faculdade discursaram algumas lideranças estudantis, quando disparos de armas de fogo “violentaram o ambiente em frente à Catedral de paz silente”. (BRITTO, [20--?])

Segundo Dias Tavares (2001), policiais dispararam tiros em direção às janelas da FMB. “Foram respondidos, saindo desse tiroteio pessoas feridas e um morto”. (TAVARES, 2001, p. 391) Os disparos resultaram na morte de João Ferreira Santos, ex-empregado de hotel, e feriram outros populares, além do aluno da FMB do curso de Odontologia, João Falcão Brandão, com um tiro na coxa. (ACONTECIMENTOS..., 1932a; BRITTO, [20--?]) Não esquecer que, na época, Odontologia e Farmácia eram duas escolas anexas à FMB.

A sessão da congregação na faculdade foi interrompida com o tiroteio. Os estudantes prenderam um guarda civil, acusado de ter dado o disparo que feriu o aluno na coxa, mas, por solicitação do prof. Eduardo de Moraes, eles o libertaram. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932a, f. 6)

Houve dentro da faculdade um grande sentimento de indignação pela violência praticada. No final da tarde, o prédio da FMB estava totalmente sitiado pela força pública, com participação dos bombeiros e da guarda civil, coadjuvados pelos membros da Legião Revolucionária. As entradas e saídas das ruas e ruelas das cercanias foram submetidas a controle, cerradas e interditada a afluência de pessoas e veículos na Praça 15 de Novembro, o Terreiro de Jesus.

A congregação da FMB se manteve em sessão permanente e resolveu enviar uma comissão de professores ao palácio do governo, para um entendimento com o interventor federal, ficando constituída pelos professores Joaquim Martagão Gesteira, Eduardo Rodrigues de Moraes, Fernando Luz, Estácio Luiz Valente de Lima e o diretor, prof. Aristides Novis. Ao anoitecer, a comissão regressou do palácio e o diretor comunicou aos alunos, das condições propostas pelo interventor:

1.º - os indivíduos que não pertencem à Faculdade e que aqui estivessem, seriam presos; 2.º - os que se confessassem responsáveis: a) entregando-se, seriam presos com todas as garantias; b) os que desejassem resistir, ficariam no edifício da Faculdade; 3.º - os inocentes, caso os responsáveis se apresentassem, seriam postos em liberdade, com todas as garantias. Ao mesmo passo, foi-lhes notificado que em caso de resistência, o Interventor

viria tomar as posições para ocupar, em seguida, militarmente, a Faculdade dentro em um praso fatal. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932a, f. 6)

As atas (22/08 e 9/12/1932) e os documentos transcritos nelas não fazem referência, porém, que numa matéria de jornal *A Nação*, do Rio de Janeiro, Aloysio de Carvalho Filho refere que, no confronto de rua, um estudante teria atingido mortalmente o João Santos, o ex-empregado do “Grande Hotel” citado acima, e o interventor Juracy Magalhães queria que os estudantes entregassem o autor do disparo. (BRITTO, [20--?])

O governo tornou pública nota oficial dando conta que o edifício da FMB seria ocupado dentro de pouco tempo. O horário marcado seria às 19 horas. Destaque-se aqui um fragmento da nota do interventor federal tenente Juracy Magalhães (apud BRITTO, [20--?]):

Com o propósito de trazer sempre esclarecida a opinião pública, o Governo vem declarar que manteve presos todos os implicados nos acontecimentos do dia 22 porque lhe cumpria apurar quaes os que agiram por um excesso de solidariedade: – estudantes, na defesa dos brios da classe, que a exploração, a mystificação os que actuavam com outras isenções, diziam offendidos pelo Governo, com os espancamentos e prisões de alumnas do Gymnasio, o que é absolutamente falso, e quaes os que agiram com objetivos politicos, tentando perturbar a ordem pública e afastar as sympathias com que tem sido honrado o atual Governo por parte da opinião com objetivos politicos, agiram por um excesso de solidariedade: – estudantes, na de publica sensata da Bahia.

A pedido da direção da FMB foi dada mais uma hora de prazo, porém só por volta das 22 horas e sob prenúncio de ocupação militar da faculdade renderam-se os ocupantes do “venerando edifício”.

Nesse momento, houve um exemplo de solidariedade dado pelos acadêmicos de Medicina e de estudantes dos outros cursos universitários e os secundaristas, num protagonismo coletivo em resposta às condições do interventor: “todos os estudantes haviam resolvido, *nemine discrepanti* [por unanimidade], assumir a inteira responsabilidade do movimento, ao tempo em que se rendiam”. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932a, f. 7)

O prof. Aristides Novis, como bom mestre, naquele momento difícil, não só aprendeu a lição com os acadêmicos, como teve a consciência que vivia um momento marcante da faculdade, conforme o registro na ata da sessão da congregação de 22 de agosto de 1932:

O Director, ainda uma vez com a palavra, e após haver comunicado aos alumnos a resolução acima, tomada pelo Governo, termina por afirmar-lhes, possuído nas mesmas e cruciantes emoções impóstas pelo momento, que as dissidências por ventura sustentadas naquelle dia entre elles e a Directoria, sentia para sempre dissipadas na dôr por que passava a sua gloriosa Faculdade, se não naquelle *mesmo gesto de renuncia colectiva*, de edificante *belleza moral*, com que *todos acabavam de encampar a responsabilidade do movimento*. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932a, f. 8, grifo nosso)

A sessão da congregação só foi encerrada às 23 horas e 30 minutos, depois dos professores terem assistido à rendição de todos os alumnos.

Quinhentos e quatorze estudantes foram detidos e conduzidos em “auto-ônibus” (“marinetes”) para a penitenciária do estado (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b, f. 8), para os pavilhões dessa grande prisão do Engenho Conceição (TAVARES, 2001), no largo do Curtume.

Além dos alumnos de Medicina e das escolas anexas da FMB, a de Odontologia e a de Farmácia, e dos alumnos do Ginásio da Bahia, estavam também entre os presos alumnos de Direito e de Engenharia. Ressalte-se que, desde a assembleia de 13 de agosto no Anfiteatro Alfredo Britto da FMB, estavam presentes lideranças académicas desses dois cursos universitários.

Uma presença entre os 514 estudantes presos é o académico de Medicina Lauro de Britto Porto (1911-2010), sergipano e formado pela faculdade em 1935 e um dos fundadores da Faculdade de Medicina de Sergipe, tendo ocupado a cadeira de Otorrinolaringologia e Oftalmologia. (JUBILEU..., 2011) Outra presença é a de Carlos Marighella, estudante de Engenharia Civil da Escola Politécnica da Bahia. Embora militante de base, enquanto ele esteve encarcerado na penitenciária por dois dias, escreveu “Vozes da Mocidade Acadêmica”, uma paródia do poema “Vozes d’África” de Castro Alves, atacando o interventor Juracy Magalhães. As alunas imploraram para serem também detidas, mas as forças repressivas só encarceraram os homens. (MAGALHÃES, 2012) Posteriormente foram presos, fora da faculdade, e encarcerados sete professores:

Euvaldo Diniz Gonçalves, Mario Andréa dos Santos e Álvaro Campos de Carvalho, Leôncio Pinto, na 2ª Delegacia; Eduardo Diniz Gonçalves na 1ª Delegacia; e Mario Carvalho da Silva Leal e Adolpho Diniz Gonçalves, na Penitenciária. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b, f. 8)

O historiador Dias Tavares registra também a prisão do professor Clóvis Borja, dos advogados e jornalistas Luís Vianna Filho e Nelson de Sousa Carneiro, de Pedro Gordilho e Lauro Vilas Boas. Eles teriam sido logo libertados após interroga-

tório feito pelo auditor militar, capitão Roberto Heskect. (TAVARES, 2001, p. 392) Foi um inquérito *sui generis*, pois, segundo o jornalista Mário Magalhães (2012, p. 61), em suas 114 páginas, não contaria com um só depoimento individual.

Conforme registro de telegrama obtido pelos historiadores Hélio Silva e Maria Cecília Carneiro, o interventor Juracy Magalhães comunicou ao ditador Getúlio Vargas a respeito de “uma tentativa de rebelião dos estudantes da Bahia”. (SILVA; CARNEIRO, 1998, p. 12)

## AS AGREMIÇÕES MÉDICAS

No dia 23 de agosto, como protesto contra a violência sofrida pela comunidade da FMB, deu-se o pedido coletivo de renúncia dos dirigentes da escola médica: diretor e todos os membros do conselho técnico e administrativo. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b) Nesse pedido dirigido ao diretor do Departamento Nacional de Ensino, Aloysio de Castro, que, juntamente com o ministro da educação Francisco Campos, solicitou a revisão de posição da direção da escola, o prof. Novis assinalou:

[...] á credito do meu mais comovido apreço o gesto magnánimo daquelles que se conservaram até os últimos instantes no recinto da Faculdade, - *meus nobres collegas de Congregação, alguns assistentes, o secretário, o bibliothecario e funcionarios* outros, até o mais humilde, participantes que o foram, todos, *dos mesmos riscos que passavam sobre a mocidade*, em admiravel renuncia de si mesmos, por ella exposto abnegadamente a propria vida, presa, aquella hora de incertezas, ao azar de circunstancias impenetraveis e ingratas. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b, grifo nosso)

O diretor recebeu apoio de políticos baianos, na capital federal, como J. J. Seabra, Pedro Lago, João Mangabeira, Simões Filho e de personalidades, como do mestre Clementino Fraga. As “agremiações médicas” (Sociedade de Medicina da Bahia e Sociedade Médica dos Hospitais) reuniram-se no dia seguinte da agressão à FMB, em duas manifestações de solidariedade aos professores e estudantes. Uma, à tarde, no Hospital Santa Izabel, e a outra na FMB, no Terreiro de Jesus.

Uma comissão escolhida na assembleia da tarde teve uma audiência com o interventor Juracy Magalhães e ele disse que só ordenaria a soltura após o inquérito regular dos prisioneiros. O interventor alegou que ocupou militarmente o edifício da faculdade, em virtude de acreditar que “o movimento academico estava articulado a um levante militar, que, tivera denúncia, explodiria naquelle mesmo dia”. (MAGALHÃES apud FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932a)

Comprometeu-se em apressar os interrogatórios para identificar os implicados e, então, libertar os demais detidos.

Outra comissão foi feita para prestar assistência moral e material aos detidos e, na própria assembleia, foi feita a arrecadação de fundos para tal fim. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b) Essa comissão visitou os estudantes na penitenciária e assim descreveu os testemunhos dos alunos em detalhado relatório:

Nesse momento foram narrados á Commissão, por alguns dos acadêmicos, os vexames indescritíveis e os cruéis sofrimentos por que passaram muitos delles, atirados, sem ar, nem luz, em cubiculos infectos e mal cheirosos, há muito deshabitados pelos proprios presidiarios, taes as condições anti-hygienicas dos mesmos. Em varios delles não havia um só colchão, nem uma esteira ao menos, que assegurasse alguns minutos de repouso ao grupo de 6, 8 a 10 estudantes, ahi encerrados, sobre o cimento ou a lage fria, e entre as quatro paredes humildes do cubículo! (SEABRA, 1933, p. 49 apud BRITTO, [20--?])

No dia seguinte, mais duas comissões, uma da Faculdade de Direito e outra da Escola Politécnica (Engenharia), participaram de audiência com o interventor. Este último assumiu colocar os professores em prisão domiciliar e liberar os estudantes que assinassem um documento afirmando não estar envolvidos no complô para derrubar o governo. Naquele dia 24 de agosto, o Comitê Pró-Reorganização do Proletariado Bahiano, organização composta de várias associações trabalhistas desta capital, vinculada ao populismo, veio a público declarar que nada tinha a ver com o movimento ocorrido nesta cidade, em 22 do corrente, “entre academicos que pretendiam prestar o seu apoio ao movimento paulista”, concluía a nota. (BRITTO, [20--?]) No mesmo documento, refere que: “Como tal, fica não só o público, como as autoridades sabendo que o proletariado bahiano jamais se insurgirá contra a *Dictadura*, que vem trabalhando honestamente para a salvação da nossa Patria”. (BRITTO, [20--?], grifo nosso) Portanto, a natureza ditatorial do regime era reconhecida e saudada por uma entidade sindical atrelada à interventoria federal e ao governo Vargas.

Os autores deste estudo histórico levantaram um número expressivo de documentos. Entre eles, destacamos um que refere um trecho que transcrevemos pela sua concisa lucidez sobre o episódio. Era um comentário do jornal de Buenos Aires *La Prensa* (apud BRITTO, [20--?]), que diz textualmente: “Duvidamos da mentalidade jurídica de um povo que prende professores e estudantes em Penitenciária. Em tais casos, o povo que tem brio levanta-se e fulmina a tyrannia”.

O brio de alguns setores da sociedade baiana e brasileira não fulminou a tyrannia, mas, ao menos, obrigou a ditadura a soltar inicialmente todos os estudantes e depois os professores, sem que eles cumprissem aquelas exigências humilhantes

feitas pelo interventor. (ACONTECIMENTOS..., 1932b) O auditor militar, depois de inúmeros interrogatórios de alunos e dos professores, encerrou os processos e mandou soltar os aprisionados. Todos os estudantes interrogados repetiam a mesma fala da responsabilidade coletiva pelos eventos. Este episódio é similar à cena dos escravos presos pelos romanos no filme *Spartacus*. Com um detalhe: em 1932, temos os testemunhos que confirmam que foi real. E os estudantes, de certa forma, derrotaram o poder autoritário.

O prof. Luiz Pinto de Carvalho diz que, quando o interventor deu o ultimato, um dos estudantes se levantara para assumir sozinho “a responsabilidade do ocorrido e todos, *collectivamente, declararam-se responsáveis pelos acontecimentos*”. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b, f. 19, grifo nosso) Ele destacou no episódio os alunos e, tomando de empréstimo as palavras do prof. Alcântara Machado, da Escola de Direito de São Paulo, disse: “*eu saúdo não os meus discípulos, mas os meus mestres: nós estamos aprendendo com elles*”. (FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, 1932b, fl. 21, grifo nosso) O catedrático de Neurologia não referiu o nome do acadêmico que ia assumir a responsabilidade. O passado não nos legou esta informação (ANEXO A), mas, por outro lado, deixou inúmeros testemunhos do protagonismo dos 514 estudantes na FMB, que coletivamente mantiveram sua posição em defesa da liberdade e em repúdio à ditadura.

Em outubro de 1932, quando a FMB celebrou o centenário de sua designação como “faculdade” (1832-1932), foi num momento de agressão sofrida, mas foi também um momento de grandeza de seus membros, em especial dos estudantes, quando a solidariedade de mais de cinco centenas de alunos fez a ditadura voltar atrás num dos seus atos de abuso de poder e de violência.

O prof. José Eugênio Mendes Figueiredo, formado pela FMB em 1927 e professor de Patologia Geral, em repúdio a essa agressão sofrida pela faculdade, em especial a violência para com seus alunos, recusava-se a dar aulas no dia 22 de agosto de cada ano e registrava em caderneta as razões do seu gesto até seu falecimento, em 1956. (TAVARES-NETO, 2008, p. 181)

A historiadora Consuelo Novais Sampaio (1992) destaca que o movimento que ficou conhecido como 22 de agosto começou como uma manifestação de apoio a Revolução Constitucionalista de São Paulo, ganhou longevidade e deu origem ao primeiro partido de oposição surgido na Bahia pós-30: a Liga de Ação Social e Política (LASP), criada em 5 de janeiro de 1933, por jovens profissionais, a maioria constituída por médicos e advogados, em especial os professores das faculdades de Medicina e de Direito.

Em 2007, a congregação aprovou proposta da diretoria para que essa data, 22 de agosto, passe a ser lembrada como o Dia de Resistência Cívica da Faculdade de Medicina da Bahia. (TAVARES-NETO, 2008, p. 182)

Sim, os acadêmicos foram todos Spartacus e nenhum foi crucificado. Este episódio histórico inspirou um dos autores em muitas das ações pela retomada do prédio da FMB-Canela, que tinha sido arditosamente tomado pela reitoria da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 2009.

## REFERÊNCIAS

(OS) ACONTECIMENTOS de ontem na Faculdade de Medicina desta Capital. *Diário de Notícias*, Salvador, p. 1, 23 ago. 1932a.

(OS) ACONTECIMENTOS DO DIA 22: já foram postos em liberdades os estudantes. *O Imparcial*, Salvador, p. 1, 25 ago. 1932b.

(A) ATITUDE dos acadêmicos bahianos. A memorável reunião de ontem, na Faculdade de Medicina. *O Imparcial*, Salvador, p. 1, 14 ago. 1932.

BIOGRAPHY of Trumbo, Dalton. Free download movies and tv/ Biography. [20--?]. Disponível em: [http://freedownloadmovies.tv/biography/Trumbo, Dalton](http://freedownloadmovies.tv/biography/Trumbo,Dalton). Acesso em: 13 dez. 2013.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *O cerco e invasão da Faculdade de Medicina da Bahia em 22 de agosto de 1932 pelas tropas do interventor Federal Juracy Montenegro Magalhães*. Salvador, [20-?]. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/990>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BULFINCH, Thomas. *O livro de ouro da mitologia: história de deuses e heróis: a idade da fábula*. Rio de Janeiro: Ediouro: Tecnoprint, 1965.

(O) CASO do Ginásio da Bahia: uma nota do governo a propósito de realização das provas. *O Imparcial*, Salvador, p. 1, 19 ago. 1932

DIAS, José Alves; PAIXÃO, Carlos Nássaro Araújo. Enquadramentos noticiosos e narrativas episódicas: imprensa e memória nas manifestações estudantis de 1932 na Bahia. *Cordis: dimensões do Regime Vargas*, São Paulo, n. 18, p. 146-176, jan./jun. 2017.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA. *Actas das Congregações: 1931-1932*. Salvador, 22 ago. 1932a.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA. *Actas das Congregações: 1931-1932*. Salvador, 9 dez, 1932b.

GUIA de Vídeo e DVD – 2003. Spartacus. Stanley Kubrick. São Paulo: Nova Cultural, 2003.

HOWARD (Melvin) Fast Biography. [20--?]. Disponível em: [https://biography.jrank.org/pages/4308/Fast-Howard-Melvin.html#google\\_vignette](https://biography.jrank.org/pages/4308/Fast-Howard-Melvin.html#google_vignette). Acesso em: 21 jan. 2021.

INALTERADA a greve do Gymnasio da Bahia: a Directoria de Instrução e o Fiscal marcaram amanhã provas parciais. *A Tarde*, Salvador, 17 ago. 1932.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. A FAMEB e a revolução constitucionalista de 1932: a estratégia de 'Spartacus' dos estudantes vence a ditadura. In: MEDINFOR - COLÓQUIO INTERNACIONAL A MEDICINA NA ERA DA INFORMAÇÃO, 3., 2014, Salvador. *Caderno de Resumos* [...]. Salvador: UFBA, 2014. v. 1, p. 63-64.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB*. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, 2013. v. 3.

JUBILEU de Ouro da Faculdade de Medicina de Sergipe. Aracaju, 2011. Disponível em: <http://linux.alfamaweb.com.br/asm/fundadores.php>. Acesso em: 22 fev. 2014.

MAGALHÃES, Mário. *Marighella: o guerrilheiro que incendiou o mundo*. São Paulo: Companhia de Letras, 2012.

OLIVEIRA, Eduardo de Sá. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia, concernente ao ano de 1942*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.

SAMPAIO, Consuelo Novais. *Poder e representação: o legislativo da Bahia na Segunda República (1930-1937)*. Salvador: Assembleia Legislativa, 1992.

SILVA, Hélio; CARNEIRO, Maria Cecília Ribas. *A Revolução paulista: 1931-1933*. São Paulo: Editora Três, 1998. (História da República Brasileira, v. 8).

TAVARES, Luís Henrique Dias. *História da Bahia*. 10. ed. São Paulo: Ed. UNESP; Salvador: Edufba, 2001.

TAVARES-NETO, José. *Formados de 1812 a 2008 pela Faculdade de Medicina da Bahia*. Feira de Santana, BA: Editora da Academia de Medicina de Feira de Santana, 2008.

## ANEXO A

No dia 22 de agosto de 1932, [...] “o sol fulgurante iluminou como quase sempre a manhã da segunda-feira. Estranho foi ver, aglomerado em frente ao Ginásio da Bahia, os estudantes uniformizados que deveriam estar lá dentro. Prosseguiram a greve pelo adiamento dos exames, iniciada uma semana antes. O Ministério da Educação postergara as provas parciais dos cursos superiores, mas não as dos secundários [...]. Os alunos não queriam as provas. As autoridades não queriam conversa. Quatro votos solitários contestavam a paralisação. Antes das oito horas apareceram os policiais. *Os jovens os recepcionaram com slogans de apoio ao movimento de São Paulo, em armas desde 9 de julho contra o governo provisório chefiado por Getúlio Vargas.* A calma prevaleceu até um ginásiano arremessar um caroço de manga para o alto e acertar por acaso o rosto de um motorista da polícia. Sobressalto, o homem atingido disparou para cima. Uma aluna golpeou um policial com um livro. Imobilizaram-na e a esbofetearam. Os colegas a resgataram. Alguns acabaram presos, outros se refugiaram no ginásio. A maioria se incorporou à passeata que serpenteou até o Terreiro de Jesus, onde partidários dos paulistas se acotovavam na Faculdade de Medicina.

O anfiteatro Alfredo Brito fervilhava quando os acadêmicos perceberam o alarido na praça. Saudaram a adesão dos secundaristas e assumiram o controle do prédio. À nove e meia, a bandeira do Brasil recebeu a companhia no mastro. Também tremulava um pano branco com a inscrição em azul, ‘Faculdade livre’”. [...] “As tropas do interventor Juracy Magalhães já bloqueavam os caminhos que levavam à faculdade. [...] *Temeroso de uma marcha sobre o palácio da Aclamação, o governo cercou o Terreiro de Jesus.* De uma janela do segundo andar, alguém avistou numa torre da catedral vizinha um atirador apontando a metralhadora. [...] Agora, um orador reverenciava Castro Alves e repetia que ‘a praça é do povo como o céu é do condor’. Os milhares de manifestantes aplaudiram um dos raros não estudantes entrincheirados: aos 22 anos, Nelson de Souza Carneiro era bacharel em direito e redator do diário *O Imparcial*. [...] Sua prisão, no mês anterior, evidenciara o recrudescimento das medidas repressivas para vacinar os baianos contra a contaminação pelo vírus paulista. A censura asfixiou os jornais, e dois foram impedidos de circular [...].

No antigo colégio dos jesuítas, duas mobilizações se fundiram. Os futuros médicos rejeitavam o regime instaurado pelo golpe de outubro de 1930 e que prolongava o arbítrio do seu estatuto ‘provisório’”. [...] “Não haviam estocados alimentos. Além do pão, ficaram sem água e luz, cujo fornecimento foi cortado à tarde. As reivindicações dos ginásianos não eram políticas, mas acadêmicas

– pleiteavam o adiamento das provas. *Eles só acabaram no Terreiro de Jesus por causa da truculência da polícia do estado.* [...] O cinturão que os cercava era integrado pelo Exército, força pública, polícia, Corpo de bombeiros, guarda civil e *legião acadêmica (civis armados).*

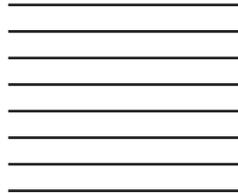
Os estudantes recolheram no museu do Instituto Nina Rodrigues *fuzis Mauser modelo 1895 que haviam sido disparados no extermínio dos milhares de moradores de Canudos no fim do século XIX.* [...] “*Contavam de fato com pelo menos doze Mauser, nove revólveres, cinco pistolas automáticas, três pistolas de fogo central, duas espingardas e uma espada. Os pacotes de dinamite eram 29 e a munição, limitada. Centenas de bombas artesanais foram feitas com ácidos armazenados nos Laboratórios de Farmacologia, Histologia e química geral e mineral. Tijolos, pedras e tubos de ferro completaram o arsenal.*” [...] “*Passava das quatro horas quando os universitários identificaram um policial infiltrado, desarmaram-no na sala da diretoria e o expulsaram. Reconheceram mais dois “secretas” em meio ao mundaréu na praça. Dirigiram-se a eles quando um guarda puxou o gatilho e foi imitado pelos agentes desmascarados. Os estudantes responderam fogo. Um empregado de hotel morreu. Foram feridas quatro pessoas, entre as quais um guarda-civil e um acadêmico* [...] Ao primeiro estampido, a multidão correu. Em poucos minutos, não se via uma só alma na praça”. (MAGALHÃES, 2012, p. 55-58, grifo nosso)

Magalhães também registra que seu biografado, Carlos Marighella, contou em rimas ter disparado:

*Foi depois dos discursos...  
Um secreta [...]feriu um popular...  
E eu gritei ao sicário desalmado:  
'Vou furar-te, ladrão, de lado lado...',  
E me pus a atirar.*  
(MAGALHÃES, 2012, p. 58)

É um registro de que o acadêmico de engenharia civil atirou, mas não afirma que foi ele que feriu de morte João Ferreira Santos, o ex-empregado do Grande Hotel. Pelo contrário, em outro trecho do livro, Mário Magalhães (2012, p. 63) afirma: “Seria um mistério a autoria do tiro que causou a morte do empregado de hotel no Terreiro de Jesus – fora um policial, apontaram testemunhas”.





## 8

### A ESCOLA TROPICALISTA DA BAHIA

*Rafael Marques Pereira*

*Mariana Moura Costa*

*Cristiano da Hora Cajado*

*Vanessa Catarine da Silva Matos*

#### INTRODUÇÃO

As evidências de assuntos que valorizem a nacionalidade brasileira se fazem presentes neste capítulo que tem a proposição de revelar, às futuras gerações, fatos protagonizados por um grupo de médicos na província baiana presentes no período oitocentista.

Para o poeta baiano Damário da Cruz que se encantou em 2010, para se poder voar, é preciso criar um espaço necessário para um voo perfeito não temendo a possibilidade de arriscar, e assim, fizeram os médicos desse movimento denominado de Escola Tropicalista da Bahia (ETB) que ocorreu no século XIX.

Esse grupo foi constituído por médicos notáveis, batizados de tropicalistas, que se destacaram fora do seu território de origem e perenizaram suas obras como patrimônios importantes para a sociedade.

De maneira semelhante aos artistas musicais, estes médicos tornaram suas realizações de interesse público, deixando um vasto legado para as futuras gerações que os sucederam. Compartilhando suas descobertas, eles possibilitaram um novo olhar para as questões de saúde e contribuíram para um novo paradigma de atenção aos doentes e interpretação das doenças.

O aparecimento desta sociedade médica criou um espaço deliberativo de especificidades que iam desde práticas clínicas às necropsias com descobertas inovadoras registradas em um periódico denominado de *Gazeta Médica da Bahia*. (MALAQUIAS, 2016)

Muitos dos indivíduos que se destacaram na ETB eurocentrada acreditavam numa degeneração espontânea das pessoas que as regiões tropicais habitavam. (PEARL, 1997)

Este grupo de notáveis possuía um discurso socioeconômico que correlacionava diversos aspectos etiológicos dos problemas de saúde daquela população como a discrepante renda salarial entre os trabalhadores, fumo, alimentos em conserva, baixa ingestão de carne fresca e acentuado uso de café alternativamente a uma dieta rica em nutrientes. (PEARL, 1997) Estas afirmações carregam uma importante consideração, visto que a população mais afetada da sociedade do século XIX era escrava com a alimentação pífia, sem adequada moradia e em miséria absoluta, mas que recebiam a atenção dos médicos da ETB como forma de mitigar o sofrimento.

Diante disso, serão abordados os principais fatos e personagens que compuseram esta brilhante equipe médica que habitou a província da Bahia no Império, não esgotando o tema, que é muito vasto, mas servindo de fomento a curiosidade e o entendimento dos neófitos sobre o que representou esse movimento e a importância que a pesquisa tem no desenvolvimento de uma sociedade.

Importa destacar que este movimento da ETB não surgiu dentro da academia licenciante de formação dos médicos, mas sim extramuros da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) o que não inviabilizou a importância e contribuição científica de seus achados que foram divulgados e perpetuados pelo periódico.

## **FATOS RELEVANTES**

A ETB renovou o cenário nacional tratando de estudos médicos e proporcionaram uma renovação que pode ser considerada a maior referência da cultura médica da América do Sul no período do segundo reinado. Os três grandes personagens da

ETB formados pelo triunvirato foram John Lingertwood Paterson, Otto Edward Henry Wucherer e José Francisco da Silva Lima. (CONI, 1952, p. 21)

Paterson, Wucherer e Silva Lima tiveram grandes contribuições e são os fundadores da Medicina experimental brasileira, sendo assim os precursores de Oswaldo Cruz, especialmente Wucherer. (CONI, 1952) Apesar de não haver resposta tida como universal, é importante se atentar para alguns fatores relevantes que ocorreram na época.

Primeiramente, algo que gera constantes questionamentos é o fato de nenhum dos três terem tido cátedras na FMB, apesar de seu prestígio. Em 1881 um decreto monárquico restringia a atuação de médicos estrangeiros no Brasil, mais especificamente os formados no exterior, isso acabaria por barrar as lentes mais promissoras da ETB. Contudo, Wucherer morrera em 1873 e Paterson faleceu em 1882, não tendo eles vivido sobre a vigência da lei, portanto, teriam plenas condições de ocupar cadeiras na FMB, no entanto, Silva Lima, que faleceu apenas em 1910, apesar disso não teria problemas com esse decreto, haja vista que se naturalizou brasileiro ainda jovem, quando se formou em Medicina na própria FMB. (JACOBINA et al., 2008, p. 88)

Mesmo assim, independente da época, nenhum dos três foi professor da FMB, muito por quererem manter sua autonomia da faculdade e do próprio Estado. (JACOBINA et al., 2008) Fato esse respaldado por certa coerência já que, caso fossem aparelhados, poderiam perder o poder de ação para o foco dos seus estudos, que buscavam beneficiar as populações pobres e escravizadas que não eram assistidas pela máquina pública. Pode-se dizer, por exemplo, que caso houvesse esse aparelhamento o estudo sobre o *ainhume*, mais tarde denominada de “doença de Silva Lima”,<sup>1</sup> talvez não fosse descoberto, haja vista que é uma doença étnica que acometia povos negros, os quais, não eram foco de políticas públicas na área da saúde.

Todavia, não é de completa verdade afirmar que eles eram alheios à FMB, uma vez que tinham um vínculo considerado estreito com a academia, além de estarem sempre dispostos a ajudar os discentes que os procuravam e os acompanhavam no hospital de caridade. (JACOBINA et al., 2008)

Além disso, Artur Neiva cita em seu livro que a Medicina brasileira passara por três fases à medida em que seus sistemas de governo mudavam: Piso com a Medicina de observação na Colônia, Wucherer na Medicina experimental na monarquia e Oswaldo Cruz na República, com a Medicina da crítica experimental. Assim, observando o ideal de Neiva, a ETB pode ser considerada o movimento que

---

1 Doença de Silva Lima consistia no estrangulamento progressivo dos dedos mínimos dos pés de afrodescendentes. (JACOBINA et al., 2008)

revolucionou o método de pesquisa no Brasil, catalisando a passagem do modo de estudo colonial para o monárquico, e sendo base edificante para o republicado.

O advento dos estudos experimentais da ETB trouxe inúmeros benefícios à sociedade da época, sendo alguns deles citados abaixo:

Na GMB, Wucherer publica três trabalhos sobre as serpentes e o tipo de tratamento. Além de referir-se às serpentes de importância médica no Brasil, estes artigos revelam características da denteição e o veneno. O autor revela a diferenciação de espécies peçonhentas das não peçonhentas, além de desmistificar a confusão relacionada à conhecida cobra-de-duas-cabeças (*Amphisbaena alba* e *Siphonops interrupta*) e o lagarto (*Ophiodes striatus*). (CONI, 1952) Além de seus estudos sobre ofídicos, Wucherer é também considerado fundador de Helminologia (CONI, 1952) brasileira, formulando suas bases no *modus operandi* experimental e científico. Portanto valeu-se de pesquisas microscópicas, anatômicas e patológicas, acrescentando assim, conhecimentos perenes e bem embasados às ciências médicas, corroborando a crença de Artur Neiva sobre seu pioneirismo no sistema experimental. (CONI, 1952) É imprescindível, também, citar a pesquisa de Wucherer, a respeito dos embriões de filaria, que foram descobertas por ele. Estudo esse que, segundo Manoel Vitorino, figurou na abertura de grandes horizontes para o estudo das enfermidades tropicais. (JACOBINA et al., 2008)

Outros acontecimentos relevantes que perpassam pela ETB foram as epidemias de febre amarela e cólera morbo, que ocorreram nos anos de 1849 e 1855, respectivamente. Ambas foram alvo de trabalhos dos líderes da ETB, principalmente Paterson e Wucherer, os quais estabeleceram estudos que definiram o caráter de contágio e de diagnóstico das doenças supracitadas, mesmo sendo esses contestados por grande parte da classe médica baiana da época. (JACOBINA et al., 2008) Hodiernamente, é possível traçar paralelo com a pandemia do SARS-CoV-2 (ou covid-19) em 2020-2021, na qual o Brasil sofre em dobro com a enfermidade aliada a grupos negacionistas, grupos esses que liderados por classes políticas pertencentes a uma “direita delirante”,<sup>2</sup> conseguem por vezes seduzir até profissionais da saúde para validar posições negacionistas e conspiratórias que surpreenderiam facilmente às mais mirabolantes distopias de Aldous Huxley.<sup>3</sup>

No que se diz respeito à ETB é de certo afirmar que ela só foi possível graças a uma série de fatores históricos subsequentes como uma espécie de efeito dominó. Vejamos: d. João VI, que fugira da Europa dominada por Napoleão, fundou a FMB – atual Universidade Federal da Bahia (UFBA) – e possibilitou a abertura

---

2 Definição dada pelo filósofo e historiador Leandro Karnal, no programa *Roda Vida* em julho de 2016, a devaneios de grupos políticos que viriam a vencer a histórica eleição presidencial de 2018.

3 Famoso escritor inglês conhecido pelas suas obras inspiradas em possíveis futuros distópicos.

dos portos para as nações amigas, abrindo alas para uma evolução econômica e científica, as quais, por sua vez, deram origem a colônias de diferentes países como as inglesas e alemãs, essas influenciaram a vinda de Paterson e Wucherer, além de possibilitar a formação de Silva Lima em terras baianas. Dessa forma, uma revolução estrangeira está ligada a revolução médica na Bahia (e no Brasil), já que a Medicina praticada na Bahia poderia ser facilmente descrita como antes e depois do triunvirato da ETB, mas por convenção, Antônio Caldas Coni divide-a em: Época Empírica (1500 a 1808) na qual a experiência de povos africanos, jesuítas e indígenas eram utilizados para fornecer cura, sem formação acadêmica, os chamados curandeiros; Época dos Sistemas Teóricos (1808 a 1866) inicia-se com a criação da FMB, e assim o vigor de um ensino acadêmico primaz no Brasil, mesmo assim não se pode considerar um momento propriamente científico, uma vez que se influenciava pelas teorias médico filosóficas especulativas e fisiológico-hipotéticas europeias do século XVIII, portanto uma medicina totalmente alienada à da Europa, falhando assim muitas vezes, já que um país tropical é diferente das zonas temperadas da Europa. Já a época científica é caracterizada de 1866 até os dias atuais, considerando seu momento de passagem como a criação da gazeta médica, na fase conhecida com áurea da ETB. (CONI, 1952)

Fase áurea essa, que se materializa na GMB, e nas reuniões da “associação de facultativos” que era um combinado entre os médicos fundadores da GMB de reunirem-se regularmente para discorrerem sobre “assuntos científicos”, encontros esses que só foram relatados 20 anos após suas realizações, por Silva Lima. (JACOBINA et al., 2008) Nesse sentido, é possível que muitas informações importantes a respeito da ETB, tenham se perdido no tempo, não sendo recordadas tantos anos depois. Deixando assim, aspectos relativamente turvos a respeito da magnitude da fase áurea da ETB, podendo essa ter sido ainda mais relevante, complexa e abrangente.

Mesmo com este possível limbo de informações, a ETB trouxe consigo acontecimentos que revolucionaram a Medicina no Brasil. Na comunicação social, fica o legado principal: a GMB, que vingou diferente de tentativas anteriores de criar um periódico exclusivo para estudos médicos. (JACOBINA et al., 2008) Configurando assim, como primeiro periódico médico do Brasil, o que facilitou o acesso à informação e compartilhamento dessa, possibilitando o acompanhamento de pesquisas e descobertas por vários médicos em diversas províncias.<sup>4</sup>

---

4 Nome dado às divisões administrativas da época, equivalentes aos atualmente chamados de estados.

## BREVE CONTEXTO HISTÓRICO

A produção sobre a história da Medicina no Brasil cresceu exponencialmente nas últimas duas décadas, demonstrando que o interesse sobre o assunto vem sofrendo ampliação. Em seu balanço historiográfico, de 1998, Flávio Edler aponta três grupos nos quais as pesquisas em história da Medicina poderiam ser enquadradas, que levariam em conta não somente o momento no qual foram produzidas, mas o referencial teórico-metodológico do qual lançavam mão e seus principais objetivos.

Boa parte dos trabalhos pertencentes aos dois primeiros grupos divide a Medicina brasileira em dois grupos. Um deles, chamado proto ou pré-científico, reúne os médicos que atuaram durante o Novecentos como um coletivo avesso à experimentação científica e mero reproduzidor dos saberes europeus. Esta fase teria dado lugar ao período atual, considerado genuinamente científico, no qual o conhecimento médico vem produzindo suas teorias com base no arsenal teórico-metodológico oriundo da medicina experimental – a saber, racional, pautados na observação sistemática, neutro etc. (EDLER, 2002, p. 358) Segundo Edler (2002, p. 358), tal posicionamento é derivado, em primeiro lugar, das inúmeras iniciativas literárias de se construir uma memória suntuosa em torno de Oswaldo Cruz e de alguns cientistas partidários de suas ideias, como Carlos Chagas. E, em segundo lugar, da reprodução desavisada da ideia de que, supostamente, a Academia Imperial de Medicina, as Faculdades de Medicina da Corte e de Salvador e a Junta Central de Higiene Pública teriam rejeitado, sem grandes exames, a teoria etiológica proposta por Otto Wucherer, na década de 1860, da “opilação” ou hipoemia intertropical.

O grupo de médicos que compuseram a ETB foi e continua sendo objeto de estudos sobre a história da Medicina no Brasil. Tal tema vem sendo abordado por diversos autores e a partir de olhares distintos. O primeiro registro, ao qual tivemos acesso, que coloca John Ligertwood Paterson (1820-1882), Otto Edward Henry Wucherer (1820-1873) e José Francisco da Silva Lima (1826-1910) à frente de um grupo de médicos reunidos em torno de interesses científicos comuns, é o livro de Pedro Nava (2004). Na obra, Nava (também médico) dedica um capítulo aos “Apontamentos para o Estudo da História da Medicina Científica e da Experimentação no Brasil”, onde discorre sobre os três cientistas citados, considerando-os como “os verdadeiros iniciadores de nossa medicina científica” e constituidores da “Escola Parasitológica e Tropicalista da Bahia”. (NAVA, 2004, p. 126)

Contudo, uma série de estudos recentes tem mostrado que tratar a medicina oitocentista brasileira, em geral, como um “amalgama de preconceitos difusos” é, no mínimo, simplista. (EDLER, 2002, p. 358) Tal campo do conhecimento era heterogêneo e em seu âmago circulavam diferentes concepções sobre práticas, métodos e teorias médicas. Edler aponta que tal período foi marcado pela disputa

entre três abordagens teórico-metodológicas diferentes: a anatomoclínica, a topografia médica e a medicina experimental – as quais, é imprescindível destacar, nunca foram praticadas de forma “pura”.

## **DEFINIÇÃO DO QUE FOI A ETB**

De acordo com Jacobina em 2008 foi Pedro Nava em 1949, portanto, três anos antes de Antônio Caldas Coni (1952), que batizou essa associação de médicos como a Escola Tropicalista da Bahia. Ficando a Coni (1952) a popularização da ideia de ETB após a publicação de seu livro e a devida divulgação da importância deste grupo de médicos.

A ETB não foi constituída como uma instituição de ensino formal, mas como uma associação de médicos que se estabeleceram na Bahia (1860) quando eles se debruçaram nos estudos da etiologia das doenças tropicais, reformulando a nosologia brasileira, ou seja, a classificação das doenças e principalmente rejeitaram o determinismo racial e climatológico de que os habitantes se desnaturavam irreversivelmente.

Nesse contexto, defendiam a ideia de as doenças serem universais e que a umidade e o calor as exacerbam e particularizam, contrariando a ideia de degeneração espontânea que existia fruto de um preconceito e desconhecimento internacional das doenças que aqui existiam.

Foram perspicazes em associar as doenças tropicais à pobreza, má-nutrição, falta de saneamento, e às más condições de vida dos escravos. Elaborando trabalhos originais da ancilostomíase, filariose, ainhum, beribéri, tuberculose, hanseníase, dentre outros.

## **PERSONAGENS PRINCIPAIS**

A ETB surgiu pela comunhão de ideias de médicos atuantes no território baiano e nasceu extramuros da FMB, de forma informal e não institucionalizada, semeada em reuniões quinzenais na casa de um dos seus fundadores, John Lingertwood Paterson, a partir de 1865. (NAVA, 2004, p. 126)

A ETB é considerada o início da Medicina científica no Brasil, sendo inicialmente uma congregação formada por médicos selecionados e limitados (NAVA, 2004, p. 127), tendo como frente, além de Paterson, Otto Wucherer e José Silva Lima. Junto a eles, estavam, Antônio Januário de Faria, Pacífico Pereira, Antônio José Alves, Manuel Farias Pires Caldas, Silva Araújo e Victorino Pereira. (NAVA, 2004, p. 126)

Os encontros não tinham pauta, regulamento específico ou ata, eram discutidos achados semanais, casos clínicos de diversos temas como microscopia, bem como as problemáticas atuais para época e discussões sobre as notícias científicas recentes. (NAVA, 2004, p. 127)

Dessas reuniões nasceu a ideia proposta pelo médico Antônio Januário de Faria da criação de um veículo de informação sobre as pesquisas dessa “associação de facultativos”. Hoje considerada a revista médica mais antiga do Brasil, a GMB teve sua primeira edição lançada em 10 de julho de 1886. (JACOBINA, 2008, p. 88)

Paterson, Wucherer e Silva Lima romperam barreiras da Medicina e da homogeneidade do pensamento da época, utilizando o método experimental para o estudo e combate das endemias (CONI, 1952, p. 31), trouxeram os agentes etiológicos parasitários como principal causa das enfermidades, relacionando-as diretamente com as condições sanitárias da época, derrubando o conceito antigo de doenças tropicais, as quais eram consideradas como doenças que acometiam apenas as populações colonizadas, exploradas e miseráveis e não sendo atreladas às condições precárias e insalubres de vida da maioria da população. (CAMARGO, 2008; CONI, 1952)

A ETB se voltava para os atendimentos e às necessidades básicas da população menos abastada, possuía cunho social, liberdade criativa e intelectual, ousadia científica e iniciativa operacional, características perdidas sobretudo depois da morte de Wucherer, perda da conexão do grupo e da entrada de Nina Rodrigues nas atividades, sendo estas concentradas agora no âmbito estatal e de cunho institucional. (BARROS, 1997-1998, p. 452)

Em consonância com Antonio Caldas Coni, em 1952, que exemplo magnífico de amor à ciência destes médicos, onde os estudos dos problemas médicos sempre foram suas prioridades e preocupações, por esse motivo é imperativo aprofundar um pouco mais na vida e trabalho dos três principais fundadores da ETB, Paterson, Wucherer e Silva Lima.

John Lingertwood Paterson nasceu na Escócia no dia 14 de setembro de 1820 e tornou-se médico em 23 de abril de 1841 pela Universidade de Aberdeen, chegou em solo baiano em 1842 e prestou exame de suficiência para verificação de título na FMB, sendo aprovado em 7 de novembro de 1842. (BRITTO, [20--])

Em documento redigido pelas instâncias policiais ao pedir residência na capital da província da Bahia, Paterson é descrito fisicamente como homem de “Estatura alta, Cor alva, Cabelos louros, Olhos azuis, Nariz regular. Boca regular. Barba serrada. Rosto comprido”. (BRITTO, [20--])

Herdou de seu irmão um consultório onde realizava suas pesquisas e fazia atendimentos aos pobres e escravos, sendo apelidado de “médico dos pobres” pela sua dedicação e prioridade do cuidado aos indivíduos socialmente excluídos. (JACOBINA, 2008; SANTOS, 2012)

Sua entrega aos seus pacientes era o propósito de todo seu esforço, o qual possuía plena dedicação na maior parte do seu tempo, se não estivesse em atendimento, estava estudando, pesquisando e buscando formas de ajudá-los. As extensas horas de trabalho não o desagradavam, mas sim a impossibilidade de cuidar e ter que deixar pacientes queixosos e tristes por não serem atendidos, devido ao esgotamento de tempo e pelo cansaço. (BRITTO, [20--])

No decorrer da sua vida, Paterson realizou diversas viagens a Europa, principalmente a Inglaterra para aprimorar os seus conhecimentos médicos, e em uma dessas oportunidades estudou o método antisséptico com o cirurgião inglês Joseph Lister (1827-1912), trabalhando com a teoria dos germes de Louis Pasteur (1822-1895).

Com sua volta para Bahia, deu início ao movimento de questionamento sobre os conhecimentos europeus e as doenças tropicais, ficando conhecido como precursor da higiene do Brasil. (CONI, 1952; SANTOS, 2012)

Além do consultório e sequência do legado de seu irmão, Paterson frequentava o Hospital da Caridade, sendo este o Hospital da Santa Casa da Misericórdia, em Salvador na Bahia. Foi convidado a colaborar ou participar de cirurgias, também pode realizar estudos da Anatomia descritiva regional e patológica, bem como o ensinamento e trabalho conjunto com os professores e alunos da FMB com exercícios operatórios em cadáver.

Em honra a toda sua dedicação, colaboração e empenho na instituição, foi-se conferido o título de médico honorário no hospital, em 18 de março de 1867. (PATERSON..., [202-])

Em 1849 Paterson já era reconhecido no meio médico da Bahia, onde em outubro, participou de uma reunião convocada pelo presidente da província da Bahia, Francisco Gonçalves, sobre uma possível incidência de uma epidemia, que junto com Wucherer e outros médicos, sustentaram que a doença em evidência se tratava da febre amarela, sendo esta contagiosa e de rápida disseminação.

Afirmaram que ela se manifestara inicialmente em Pernambuco ou Rio de Janeiro, mas foram altamente contestados pela imprensa leiga e pelo Conselho de Insalubridade. Dois meses mais tarde, em 18 de dezembro de 1849, Silva Lima destacou a chegada da epidemia em Pernambuco e posteriormente no Rio de Janeiro.

Diante dos fatos e da certeza da enfermidade, a província convocou reunião em 19 de janeiro em 1850, onde Paterson, sugeriu ações e medidas higiênicas a serem tomadas no estado, a fim de amenizar os impactos da febre amarela, medidas partilhadas também seu irmão Alexander Paterson e Otto Wucherer. (BRITTO, 2010; PATERSON..., [202-])

Novamente em 1855, uma reunião foi convocada pelo governo provincial, tendo em vista a ocorrência de uma nova epidemia. John Paterson estava novamente

entre os médicos auxiliares e defendeu que a enfermidade seria a cólera-morbo asiático, sendo esta também altamente contagiosa. (PATERSON..., [202-])

O médico José Francisco da Silva Lima, em um dos seus escritos sobre Paterson, exaltou a importância da participação do médico nessas ocasiões de calamidade pública, onde a sua experiência foi extremamente necessária e reconhecida, não só pelos seus colegas de profissão, que já o respeitavam, mas também pelas autoridades da época, que os procurava e lhe dava confiança em prol do benefício público. (LIMA, 1887, p. 386)

Paterson, foi médico do Hospital Português, que se estabeleceu em Salvador em 1857 e é mantido pela Real Sociedade de Beneficência Portuguesa Dezesesseis de Setembro. Hoje o hospital segue em funcionamento na capital, no bairro da Barra. (PATERSON..., [202-])

Na GMB, Paterson publicou dezenas de trabalhos, dentre diversas descobertas e relatos de casos clínicos, o primeiro deles foi uma trepanação de osso (tíbia) com “abscesso crônico”, seguidos por outros exemplares (JACOBINA et al., 2008, p. 87), como “Obstetrícia. Caso de contração do útero em forma de ampulheta, com retenção da placenta” (1867) ou “Tumor Gordurosa da língua” (1879). (PATERSON..., [202-])

Faleceu aos 62 anos, na cabeceira da cama de um paciente, em 9 de dezembro de 1882, uma imensa perda súbita e considerada uma catástrofe que abalou o espírito público na capital baiana, pois apesar de ser um médico estrangeiro, tinha o coração verdadeiramente baiano, bondoso e humano. Seu velório foi cercado por milhares de pessoas, amigos e pacientes, com os quais construiu uma relação de afeto, amizade, gratidão e amor. (BRITTO, [20--])

Trabalhou a maior parte da sua carreira médica, em torno de 27 anos de dedicação e solidariedade aos mais excluídos, se posicionou contrário ao regime escravocrata e nos deixou o legado da escola tropicalista e toda sua representatividade e quebras de paradigmas. (JACOBINA et al., 2008, p. 87)

Otto Edward Henry Wucherer, compõe também a tríade de referência da ETB. Nasceu no dia 7 de julho de 1820 na cidade de Porto, em Portugal. (CONI, 1952, p. 1) Pai alemão e mãe holandesa, viveu entre os seus seis e sete anos na Bahia, quando seu pai fixou comércio na praça de Salvador, depois dessa idade, voltou para Europa para estudar. (BARRETO; ARAS, 2003, p. 163)

Aos 15 anos, o seu pai faleceu e Wucherer passou a trabalhar em uma farmácia para conseguir se manter no país e com o emprego, juntou recursos para entrar na Universidade de Tubigen em 1841 na Alemanha, na qual graduou-se em Medicina. Morou em Londres e trabalhou como assistente no Hospital São Bartolomeu, sendo eleito posteriormente membro da Sociedade de Cirurgia de Londres. (PEREIRA, 1873, p. 307)

Retornou para o território baiano em 1843 e atuou na clínica no Recôncavo da Bahia, em Nazaré e Cachoeira, atendendo conterrâneos alemães. Chegou em Salvador, em 1847, assumindo o cargo de médico da comunidade alemã na cidade e atendendo em uma enfermaria na sua própria residência, os hamburgueses e os marinheiros alemães contaminados com febre amarela. (BENCHIMOL, 2000; WUCHERER..., [20--])

Wucherer, foi o precursor da Medicina experimental no Brasil Império (CONI, 1952, p. 24), possuía propriedade em parasitologia helmíntica (BENCHIMOL, 2000, p. 285) sendo fundador da Helminologia Brasileira. (CONI, 1952, p. 24) Utilizou amplamente o microscópio em seus estudos e pesquisas, sendo pioneiro nesta forma de investigação, devendo-se a ele a divulgação, abrangência, aceitação e uso deste equipamento no país. (CONI, 1952, p. 39)

Bem como os outros membros da ETB que publicaram na GMB e desenvolveram pesquisas e trabalhos com muito esforço para cientificar a profissão, Wucherer buscava explicar suas ideias e críticas sobre a Medicina empírica, sobre as práticas “charlatães”, e sobre a autoridade que o médico adquire devido ao *status quo* e não através da experimentação que deveria solidificar a base científica da medicina, além dos casos clínicos e descobertas excepcionais. (BARRETO; ARAS, 2003, p. 169)

Como um dos maiores publicadores, colaboradores e fundadores mais ativos da gazeta médica, sempre com análises imparciais e rigorosas de cada registro, são numerosos e extremamente relevantes os trabalhos de Wucherer nesta renomada revista, contudo, seria um tanto quanto exaustivo explaná-los apenas neste capítulo. Daremos ênfase aos mais explorados pela literatura e que trouxeram um grande impacto social. (GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1873a, p. 300)

Adepto a utilização da estatística para o desenvolvimento do saber médico e científico, apesar das dificuldades da época para emprego do método, Wucherer usou as estatísticas e beneficiou-se dos números para avaliar a frequência de tísica – tuberculose pulmonar – no Brasil. Os dados numéricos da Santa Casa da Misericórdia da Bahia, foram utilizados para o desenvolvimento do trabalho, sendo este “As causas da crescida frequência da tísica no Brazil, e especialmente na Bahia”. (BARRETO; ARAS, 2003, p. 164-165)

Wucherer, em todas as suas análises retrata a doença como assunto de interesse social, onde os determinantes sociais possuem efeito causal direto sobre o estado de saúde e a doença de toda a população. Desta forma, analisou as condições de vida em que os indivíduos estavam inseridos, de forma quantitativa e qualitativa, concluindo que a alteração de costumes causava debilidade física e aumentava a propensão de contrair tuberculose. (BARRETO; ARAS, 2003, p. 165)

Fatores como a diferença salarial entre os trabalhadores, o aumento do tabagismo, maior consumo de café e diminuição do consumo de carnes, foram elencados por Wucherer como aspectos causais específicos, contextualizados com a forma escravocrata de produção da época e as condições de vida, sem moradia e alimentação adequadas, as quais os negros livres e escravos eram submetidos. (BARRETO; ARAS, 2003, p. 165)

Mesmo diante de tantos fatores causais palpáveis para época, Otto não descartou a possibilidade de transmissão viral da doença, relatando em casos clínicos, pacientes que contraíram tuberculose mesmo sem estarem expostos a condições ambientais, de vida e de trabalho prejudiciais. (BARRETO; ARAS, 2003, p. 166)

Em 1866 Otto Wucherer demonstra uma prova cabal da etiologia da doença hipoemia intertropical, hoje conhecida como ancilostomíase, a qual desenvolve sintomas como palidez, edemas, dispneia e alterações gastrointestinais, sendo conhecida na Bahia como “cansaço”. (NAVA, 2004, p. 127) Wucherer, através de autópsias em indivíduos que teriam falecido desta doença, comprovou a presença do verme de Dubini (*Ankylostomun Duodenale*) no tubo intestinal desses cadáveres, verificando e afirmando de forma infalível a teoria da patogenia verminótica estabelecida por Griessinger em 1855, a qual houve grande oposição da comunidade médica. (NAVA, 2004, p. 128)

Essa grande descoberta ocorreu um ano depois da união da congregação por John Paterson, afirmando seu caráter sério e de uma autêntica escola de pesquisa e de estudiosos. Progredindo significativamente nas pesquisas e nos estudos, Wucherer no mesmo ano colaborou novamente com o avanço da parasitologia e para o entendimento sobre as doenças tropicais. (NAVA, 2004, p. 128)

Fundador da Helminologia brasileira (CONI, 1952, p. 24), a *Filaria Wucheri*, como é conhecida no Brasil, teve seus embriões descobertos por Wucherer em urinas de pacientes com “Hematoquilúria” (NAVA, 2004, p. 128), iniciando o entendimento da etiologia da filariose, sendo este feito conhecido mundialmente como a inauguração da Helminologia no país, dando incentivo e respaldo a outros estudos, como a descoberta do verme adulto pelo médico Joseph Bancrofti. Encontrado em fases diferentes, o gênero foi nomeado em 1877 por Silva Araújo como *Wuchereria bancrofti* em homenagem a ambos os médicos. (LIRA-DA-SILVA, 2009, p. 4)

Progressista, positivista e naturalista, Otto Wucherer possui papel fundamental no mapeamento, catalogação e classificação das espécies de cobras que existiam no Brasil, realizando estudo e associações entre a zoologia, a clínica e a terapêutica dos acidentes com serpentes no país, sendo o primeiro a relatar o ofidismo no país, descrevendo as características das serpentes, sua importância médica, os sintomas desenvolvidos pelas picadas e os possíveis tratamentos específicos para as mordeduras. (BARRETO; ARAS, 2003; LIRA-DA-SILVA, 2009)

Wucherer, sempre admirado pela sua dignidade, honra e caridade (GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1873a, p. 300), residiu em território baiano até 28 de outubro de 1871, quando retornou para Alemanha. Faleceu em 7 de maio de 1873, aos 22 horas, vítima de apoplexia cerebral quando voltava do trabalho. Na literatura disponível, não há um consenso sobre o local da sua morte. No texto escrito por Pacífico Pereira, seu fiel aprendiz, na gazeta médica, ele afirma que Wucherer voltou para Bahia em janeiro de 1872 e faleceu na capital, está sepultado no Cemitério dos Alemães no Bairro da Federação, o que contrapõe outras referências que afirmam que Otto faleceu na Alemanha. (BARRETO; ARAS, 2003; CONI, 1952; GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1873b; PEREIRA, 1873; WUCHERER..., [20--])

Considerado o fundador da patologia tropical moderna no Brasil, José Francisco da Silva Lima completa a tríade descrita por Coni (1952) da ETB. Nasceu em Portugal, na aldeia de Vilarinho em 15 de janeiro de 1826 e mudou-se para Bahia com sua família quando tinha 14 anos, no ano de 1840. Em Salvador, após trabalho no comércio, graduou-se em Medicina pela FMB em 1851 e se naturalizou cidadão brasileiro em 1862. Por essas terras se casou com a filha do médico Manuel Victorino Pereira, presidiu o Conselho Sanitário Estadual até 1907, foi médico do Hospital da Caridade por 24 anos e em 1890 comandou o Terceiro Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia. Presidente de Honra da Sociedade de Medicina da Bahia, Silva Lima faleceu em 10 de fevereiro de 1920 com 94 anos. (JACOBINA et al., 2008; LIMA..., [20--])

Apesar de possuir residência fixa na Bahia, Silva Lima viajou à Europa por diversas vezes em busca do aperfeiçoamento do seu conhecimento e demonstrava sua dedicação e esforço pela profissão. Conhecido como um grande mestre e por ter alta capacidade docente, pela didática e quebra total dos padrões de ensino da época, Silva Lima, apesar de não ser professor da FMB, ensinava técnicas e passava seus conhecimentos para os alunos em uma espécie de livre docência, na Santa Casa de Misericórdia, a qual foi palco para o desenvolvimento, pesquisa, estudos e descobertas de todos os brilhantes médicos tropicalistas. (BRITTO, 2010; CONI, 1952)

Como um dos principais fundadores da ETB, Silva Lima teve participação crucial no desenvolvimento, estruturação, edição e comando da *Gazeta Médica da Bahia*. O primeiro lançamento, em 1866 teve o artigo introdutório escrito por ele e com direção de Virgílio Climaco Damasio, contudo, nos escritos de Juliano Moreira, ele relata que o “verdadeiro diretor da revista era Silva Lima”. (BRITTO, 2010, p. 67)

Coni (1952, p. 43) retrata Silva Lima como destaque médico, “imponente e magistral” ao relatar os seus estudos sobre o beribéri, o qual teve cerca de 20 publicações na gazeta médica com o título “Contribuição para a história de uma moléstia que reina atualmente na Bahia, sob a forma epidêmica, e caracterizada

por paralisia, edema e fraqueza geral”, sendo estes publicados em 1872 no livro *Ensaio sobre beribéri no Brasil*. Neste trabalho, Silva Lima descreveu impecavelmente a demonstração clínica, sintomatologia e as lesões causadas pela doença e deu um grande passo inicial para as pesquisas sobre o tema no meio acadêmico, sendo base para monografias clássicas, como a de Antônio Januário Faria e Almeida Couto. (JACOBINA, 2008; LIMA..., [20--]; NAVA, 2004)

Além do beribéri, Silva Lima se dedicou às pesquisas e descobertas sobre o ainhum, sendo o primeiro a descrever a doença, que se caracteriza pela alteração dos dedos mínimos dos pés por estrangulamento, a qual manifesta-se majoritariamente em pessoas africanas e afrodescendente, sendo considerada uma patologia étnica. Os estudos do médico foram publicados na *Gazeta Médica da Bahia* como o título “Estudos sobre o – Ainhum – Moléstia ainda não Descripta, peculiar à Raça Ethiopica, e Afectando os Dedos Mininos dos Pés”. (JACOBINA et al., 2008; SANTOS, 2008)

Silva Lima, realizou diversas publicações sobre variados assuntos na *Gazeta Médica da Bahia*, como a bouba, o maculo e a dracontíase, contribuições sobre a febre amarela, filariose, angina diftérica, tuberculosa, envenenamento, saberes populares indígenas, anestesia, Obstetrícia, alguns casos cirúrgicos de tumores e aneurismas. (BRITTO, 2010, p. 69) Além da GMB, Silva Lima colaborou com quase todos os veículos e órgãos de imprensa da época, escreveu o primeiro artigo para o *Diário da Bahia*, sempre com assuntos voltados a sua profissão e principalmente sobre higiene pública. (BRITTO, 2010)

Compartilhando a visão progressista dos seus colegas e tendo como objetivo cientificar o conhecimento médico e a profissão, José Francisco Silva Lima, publicou numerosos trabalhos com o título “Glossário médico – dos vocábulos, frases e locuções incorretas ou variavelmente escriptos, pronunciados ou interpretados” na GMB. Envolvido também com as discussões sobre ética médica, foi comentarista do “Code of Medical Ethics of the American Medical Association” e em 1867, a *Gazeta Médica da Bahia* sobre a sua coordenação, publicou o texto denominado “Código de Ethica Medica adaptado pela Associação Medica Americana”, havendo a transcrição traduzida para a língua portuguesa dos artigos do código de ética, além de conter explicações sobre o tema. (BRITTO, 2010; LIMA..., [20--])

## **POR QUE FOI CHAMADO DE ESCOLA ESSE MOVIMENTO?**

As definições do dicionário Priberam para “escola” informam que o termo vem do latim *schola*, conjunto formado por professores e discípulos, aprendizes, ensino, doutrina e sistema. Não é necessariamente mandatário a presença de quatro paredes como a sociedade atual está acostumada. Até porque naquela época ca-

reciam de espaços com estruturas físicas comumente utilizadas hoje nas escolas tradicionais.

No entanto, existiam diversos espaços físicos por onde o conhecimento era materializado, como o periódico da GMB e a Santa Casa da Misericórdia.

Para além disso, o movimento médico que se estabeleceu na Bahia no período oitocentista se tratava de uma junção entre pesquisadores, professores e alunos que pautavam suas ações concernentes a uma nova doutrina engendrada de construção do conhecimento, contemplado de originalidade e inovação para a época.

Uma evidência disto está presente nas teses de doutoramento apresentadas à FMB em que constavam os postulados dos tropicalistas modificando os termos que eram usados para explicar as doenças. (CONI, 1952)

## IMPORTÂNCIA

Eram comuns neste período diversas endemias, epidemias e moléstias que urgiam por ações de assistência à saúde, e no início, dependiam do curandeirismo e práticas cirúrgicas dos chamados “cirurgiões-práticos licenciados”. Profissionais que através da demonstração de habilidades testemunhadas por cirurgião-mor ou cirurgião habilitado exerciam práticas de atendimento.

Neste período os conceitos da patologia e as falsas interpretações da Anatomia, Fisiologia, clima, alimentação, miasmas e humores pútridos imperavam em conceitos de cura e tratamento.

Nesse sentido, o ensino médico formal no Brasil inicia-se em 18 de fevereiro de 1808, na província da Bahia, com a chegada da família real, fato, que até a metade do século XIX, estava alicerçado de cultura livresca, incentivo a oratória e exagerado apreço pela linguagem deixando um agravado distanciamento do ensino prático e carente estruturação laboratorial. (BRITTO, 2010) Assim, a Medicina da Bahia sofria, destarte, consistente influência dos sistemas de ensino especulativo da Europa.

Anos à frente de 1848, começaram a chegar ao Brasil, as práticas experimentais que traçaram novos rumos para a Medicina. Iniciado no Velho Mundo, as novas ideias, concepções científicas, políticas e econômicas trouxeram uma nova narrativa que passa a compor a diferenciada visão de ciência.

Nessa linha de intelecção é possível observar as reflexões no Brasil do período de 1866 quando na província da Bahia, a então denominada, no futuro, Escola Tropicalista da Bahia cria o periódico científico *Gazeta Médica da Bahia*.

Periódico este que deu aos médicos partícipes um *status quo* de pesquisadores apesar de estes não serem formalmente professores. Foram considerados como verdadeiros fundadores da Medicina experimental no Brasil. Eles prestavam

atendimento a populações pobres do país – negros alforriados e escravos, além de utilizarem seu conhecimento para descobertas importantes na Medicina como na publicação de Otto Wucherer (1869) na GMB, “Notícia preliminar sobre vermes de uma espécie ainda não descrita, encontrados na urina de doentes de hematúria intertropical no Brasil”.

Nota-se as diversas publicações feitas nos periódicos e como eles acompanhavam os quadros clínicos dos pacientes se atentando a todos os detalhes na busca incessante por um diagnóstico correto.

O grupo reunia-se em encontros duas vezes por mês e à noite, sendo discutidos todos os assuntos científicos pertinentes. Estas tertúlias só foram escritas 20 anos após ocorridas, como narrado por José Francisco da Silva Lima cujas palestras aconteciam ora na casa de Paterson, autor da ideia de criação dessa sociedade médica, ora na casa dos outros membros.

Foi nessa sociedade que Thomas W. Hall de pensamento progressista decidiu criar na Bahia um periódico médico – *Gazeta Médica da Bahia*, sendo o autor da proposta o professor Januário de Faria. (PACÍFICO PEREIRA, 1916, p. 253 apud JACOBINA, 2008)

### **GAZETA MÉDICA DA BAHIA (GMB)**

A GMB foi um periódico desenvolvido em 1866 para divulgação e publicação das ideias e dos achados científicos, sendo a primeira revista médica brasileira dedicada exclusivamente a publicações científicas. A circulação desse periódico ocorreu entre 1866 e 1934, sem quaisquer interrupções, porém houve alguns períodos de hiatos ao longo dos anos. (BRITTO, 2010)

Sua idealização surgiu a partir das reuniões do grupo seletivo de médicos e estudantes, conhecidos como Escola Tropicalista da Bahia, com o objetivo principal de publicar suas ideias e descobertas inovadoras no âmbito local, contribuindo imensamente para o avanço da Medicina brasileira ao questionar o ensino médico oficial do país, ofertado pelas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, e qual a real aplicabilidade dos conhecimentos derivados da Europa para a realidade local. (NAVA, 2004; SANTOS, 2008)

A publicação desse periódico pela ETB ocorre inicialmente entre os anos de 1866 e 1889. Esses anos compreendem um período de ampla disseminação de trabalhos originais e ideias revolucionárias, atingindo repercussão considerável em solo brasileiro bem como no exterior. (SANTOS, 2008)

Como apresenta Britto (2010, p. 60), a revista foi idealizada e fundada por componentes ímpares da ETB, na época intitulados como associação de facultativos:

A publicação médica teve como seus fundadores sete insígnies médicos Ludgero Rodrigues Ferreira, Antonio José Alves, Antonio Januario de Faria, Manoel Maria Pires Caldas, José Francisco da Silva Lima, John Ligertwood Paterson, Otto Edward Henry Wucherer e o moço acadêmico de Medicina, Antonio Pacifico Pereira; e Virgilio Climaco Damazio, seu primeiro diretor.

A primeira edição da GMB data de 10 de julho de 1866. Nesse ano, as publicações de Wucherer discorriam sobre envenenamento ofídico, como tratar mordeduras de ofídicos e possíveis formas de identificação de cobras venosas. Tais publicações, juntamente com as subsequentes realizadas por Wucherer e seus parceiros de ETB constituem-se como um marco importantíssimo para a Medicina experimental no Brasil a respeito de moléstias tropicais do século XIX. (LIRA-DA-SILVA, 2009)

O contexto da criação da GMB está inserido em uma época de desafios sanitários, econômicos e políticos, onde a atuação dos médicos se concentrava tanto no engenho quanto na cidade de Salvador, a capital da província, com o objetivo de combater as novas doenças e moléstias incidentes na população geral – composta na época por cidadãos e por uma parcela significativa de indivíduos escravizados. (SANTOS, 2008)

As edições da gazeta médica divulgavam as novas ideias e descobertas científicas, porém também possuíam um papel político. Os desafios políticos e socioeconômicos do século XIX influenciavam completamente a disseminação do conhecimento científico e interferiam nas estratégias a serem adotadas para a melhoria da saúde pública brasileira, visto que existiam epidemias, endemias, doenças conhecidas e novas assolando a população. Desta forma, a GMB também foi utilizada como uma estratégia de cobranças sanitárias ao governo da província, na tentativa de conter surtos de cólera e exigindo novas medidas. (SANTOS, 2008)

As publicações da GMB divulgaram assuntos essenciais para o avanço da Medicina no Brasil e no mundo, ao apresentar relatos de casos, relatórios cirúrgicos, observações clínicas, lições inaugurais de cursos, relatórios epidemiológicos, estudos de psicopatologia forense, temas de ética médica e de outras inúmeras vertentes da medicina. (BRITTO, 2010)

Em 1984, ocorreu a organização do índice cumulativo da revista, compreendendo o período entre 1866 e 1976, considerando a citação de mais de 3.800 trabalhos publicados. Já no ano de 2002, todos os 73 volumes do período supracitado foram devidamente digitalizados, incluindo alguns textos em livro-impresso. (BRITTO, 2010)

Por meio do endereço eletrônico do periódico, é possível acessar gratuitamente o extenso acervo *on-line*, que possui cerca de 710 itens. A pesquisa pode ser realizada a partir do uso de palavras-chave, título, ano ou autores, revelando a

história de 153 anos desde a primeira publicação da GMB e sua irrefutável colaboração para a ciência brasileira.

## CONSIDERAÇÕES

A partir de 1896, a ETB entra em decadência, com a morte de Wucherer (em 1873) e Paterson (em 1882).

Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906), um de seus pesquisadores abandona o estudo do beribéri nos moldes da ETB pois passa a seguir os estudos de Pasteur, Claude Bernard, Robert Koch, dentre outros. Ele constatou que não existia, na Bahia, possibilidade de se efetuar pesquisa rigorosamente científica, por falta de pessoal especializado, equipamentos de laboratórios, materiais e recursos.

Os tropicalistas estavam interessados não apenas na Medicina conduzida pela erudição clássica ou posição política e social, mas na Medicina conduzida pela excelência científica.

Dos 49 trabalhos publicados, 28 estão presentes na GMB (1866-1869). A gazeta circulou regularmente entre 1866 e 1934, como um dos melhores e mais caros patrimônios da cultura brasileira. Não há exemplo no Brasil, de um periódico que tivesse vida tão longa, mais de um século. Também não há outro que tenha contribuído tanto e com singular originalidade para o conhecimento de problemas básicos da patologia regional. (BARROS, 1997-1998)

## REFERÊNCIAS

BARRETO, Maria Renilda Nery; ARAS, Lina Maria Brandão de. Salvador, cidade do mundo: da Alemanha para a Bahia. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-172, 2003.

BARROS, Pedro Motta de. Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 411-459, nov. 1997/fev. 1998.

BENCHIMOL, Jaime Larry. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.

CONI, Antônio Caldas. *Escola tropicalista bahiana*. Salvador: Livraria Progresso, 1952.

BRITTO, Antonio Carlos Nogueira. 143 Anos da Gazeta Médica da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 80, ano 144, n. 1, p. 60-73, jan./abr. 2010.

BRITTO, Antonio Carlos Nogueira. A chegada do jovem Dr. John Lingertwood Paterson à cidade da Bahia, em 1842, para exercer o sacerdócio da medicina. *História da*

*Medicina*, [Salvador], [20--]. Disponível em: [http://www.medicina.ufba.br/historia\\_med/hist\\_med\\_art56.htm](http://www.medicina.ufba.br/historia_med/hist_med_art56.htm). Acesso em: 15 set. 2022.

EDLER, Flavio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 357-385, 2002.

GAZETA MÉDICA DA BAHIA. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, n. 139, 1873a. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/issue/view/92>. Acesso em: 9 jan. 2021.

GAZETA MÉDICA DA BAHIA. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, n. 140, 1873b.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; GELMAN, Ester Aida. Juliano Moreira e a gazeta Médica da Bahia. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1077-1097, dez. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702008000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000400011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 1 nov. 2020

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro *et al.* A “Escola Tropicalista” e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 142, n. 2, p. 86-93, 2008. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/971/950>. Acesso em: 1 dez. 2020.

LIMA, José Francisco da Silva. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930)*. Rio de Janeiro, [202-]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/limajossil.htm>. Acesso em: 15 set. 2022.

LIMA, José Francisco da Silva. O Dr. Paterson, sua vida e sua morte. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 18, n. 9, p. 385-394, mar. 1887.

LIRA-DA-SILVA, Rajâne Maria L. O médico e naturalista luso-germânico Otto Wucherer e sua contribuição para a história natural no Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 79, supl. 1, p. 3-6, 2009.

PEARL, Julyan G. Tropical disorders and the forging of a Brazilian Medical identity, 1860-1890. *Hispanic American Historical Review*, Durham, v. 77, n. 1, p. 1-44, fev. 1997.

PEREIRA, Antonio Pacífico. Esboço biographico do Dr. Otto Wucherer. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 6, n. 140, p. 305-309, maio 1873.

MALAQUIAS, Anderson Gonçalves. O micróbio protagonista: notas sobre a divulgação da bacteriologia na Gazeta Médica da Bahia, século XIX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 733-756, jul./set. 2016

NAVA, Pedro. *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Londrina: Eduel; São Paulo: Oficina do Livro, 2004.

PATERSON, John Lingertwood. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930)*. Rio de Janeiro, [202-]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/patjohli.htm>. Acesso em: 15 set. 2022.

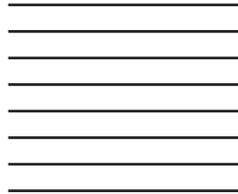
SANTANA, Celeste Maria de Oliveira. *Comunicação científica na medicina tropical no contexto da Ciência da informação (séculos XIX e XX)*. 2013. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SANTOS, Adailton Ferreira dos. *Escola Tropicalista Baiana: registro de uma nova ciência na Gazeta Médica da Bahia (1866-1889)*. Dissertação (Mestrado em História da Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/13391>. Acesso em: 5 nov. 2020.

SANTOS, Adailton Ferreira dos. *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, Malaquias Alves dos. *Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1854*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905.

WUCHERER, Otto Edward Henry. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Rio de Janeiro, [202-]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/patjohli.htm>. Acesso em: 15 set. 2022.



## 9

# DO SONHO À REALIDADE: HISTÓRIA, CAMINHOS E PERSPECTIVAS PARA O ENSINO MÉDICO NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

*Ana Paula Meira Gomes de Carvalho*  
*Fernando Jorge Nascimento Santos Junior*  
*Gabriela Silva Mota*  
*Júlia Spínola Ávila*  
*Lhaís Rodrigues Gonçalves*  
*Naiara Fonseca de Souza*  
*Thiago Fonseca Geanizelle Figueiredo*

## INTRODUÇÃO

Do Ser médico ao médico ser,  
Razões e escolhas conduzem a trajetória também influenciada por  
relações de poder. Com as mudanças ocorridas durante a história,

A formação foi se adaptando, a fim de levar o médico a florescer. Ser técnico ou desenvolver a técnica, além de ser, Demanda a Universidade, que orienta o aprender.

O processo de ensinar corresponde muito mais do que apenas transmitir conhecimento, abrangendo todo o movimento entre docentes e discentes em uma interação constante entre ensino e aprendizagem. Dentre os saberes que contribuem para a atividade docente, mais especificamente no ensino superior, destaca-se: o conhecimento formal apreendido na formação profissional, além de fundamentos em métodos e técnicas de ensino; o conhecimento associado à gestão do currículo nas instituições; e o conhecimento prático decorrente da vivência da profissão junto a discentes e a colegas de profissão. (FREITAS et al., 2016) Nesse sentido, a sala de aula representa o local onde esses conteúdos convergem, propiciando que os estudantes correlacionem diversas áreas. (CASTANHO, 2002)

Visando o desenvolvimento de um ensino coerente, é necessário que os docentes tenham capacidade de compreender e acompanhar as modificações desenvolvidas no ensino superior. Dessa maneira, além da competência em conhecimentos advindos da área de formação profissional, o docente deve utilizar-se de métodos pedagógicos e conceituais com relação ao processo ensino-aprendizagem (FREITAS et al., 2016), para agir não apenas transmitindo conhecimento, mas também educando. A partir de um maior cuidado direcionado à integração vertical e horizontal dos saberes e uma postura ativa em relação à construção do conhecimento é promovido maior senso crítico-reflexivo nos discentes. (CASTANHO, 2002; FREITAS et al., 2016)

Ao considerar-se que todas as dimensões do sujeito proporcionam ensinamentos e marcam trajetórias (NASCIMENTO; MARCIANO, 2012), torna-se pertinente observar que influências sociopolíticas, como economia, instituições internacionais, momentos históricos, desenvolvimentos legislativos e padrões educacionais afetam o modelo, métodos e técnicas utilizadas no ensino dos estudantes universitários e na organização dos currículos. Consequentemente, os profissionais resultantes das variadas formações podem direcionar-se a determinadas áreas de atuação e especialização ou comportar-se de certa maneira com pacientes e colegas no mercado de trabalho.

Ao discutir o domínio médico científico, de acordo com Michel Foucault, as origens da Medicina Social representam o período em que o objeto e ação da prática médica passam a incluir também o estado, a cidade (meio) e a pobreza, além de nesse momento também ter se percebido a capacidade que as intervenções de melhoria dos serviços de saúde obtêm em potencializar a nação, seja em termos econômicos ou militares. (ZORZANELLI; CRUZ, 2018) Dessa forma, é gerado um

cenário de constante controle dos corpos e do meio, que associado ao tecnicismo e empirismo, hegemônico no meio científico, proporcionou ao profissional médico um lugar de estimado *status* social na sociedade. (MOTA; D'OLIVEIRA, 1999) Tal realidade apenas se consolidou com o passar das décadas, haja vista a potencialidade financeira capitalista que os fármacos, equipamentos e pesquisas do meio médico possuem. (MARTINS, 2003-2004) Dessa forma, assume-se, em sua maioria, uma imagem social elevada do médico/Medicina na sociedade em geral, frente à comunidade, pacientes e colegas pertencentes a outras áreas do conhecimento, assim como na universidade, perante os variados institutos.

A formação profissional desse médico positivista, organicista e cientificista foi sistematizada e regulamentada por uma reorientação da educação médica provocada pelo Relatório Flexner, em 1908. Este documento buscou estabelecer uma admissão mais restrita ao ensino superior, a padronização do curso, com um ciclo básico, praticado no laboratório e um ciclo clínico, exercido no hospital, a associação entre pesquisa e ensino e a incorporação das escolas médicas à universidade. As recomendações dessa linha de racionalidade, apesar de proporcionarem diversos avanços científicos, progrediram ao extremo na prática, tendo como panorama resultante o reducionismo da saúde à ausência de doenças, ao visível e experimentável. Esse olhar biologicista promoveu a fragmentação do conhecimento, configurando no hospital o local de ápice do cuidado em saúde. (ALMEIDA FILHO, 2010; CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012; PAGLIOSA; DA ROS, 2008)

A partir da década de 1950, no Brasil, diversos movimentos impulsionaram as discussões de reforma desse ensino médico limitado ao “maquinário” do indivíduo, atribuindo relevância ao suporte das Fundações Rockefeller e Kellogg às ações em Saúde Pública e a assimilação de conteúdos como Medicina integral e preventiva, comunitária. Até que em 1968, em contexto de Ditadura Militar, ocorreu a Reforma Universitária de 1968, que se baseou, principalmente, no controle político das universidades públicas brasileiras e na composição de mão de obra qualificada para dinamizar a economia. No entanto, pouco se modificou na concepção de saúde e no perfil biomédico dos profissionais em Medicina egressos, cujas disciplinas ministradas não colocavam o estudante como integrante do curso e o conhecimento continuava dissociado entre si. (ANTUNES; SILVA; BANDEIRA, 2011; GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009)

Em momento posteriores, intensos debates e modificações no ensino médico brasileiro continuaram a ocorrer para alcançar uma formação integrada e participativa que englobe como espaços educacionais além de hospitais, laboratórios e salas de aulas e que desenvolvam profissionais capazes de atender as necessidades de saúde da população. (BRIANI, 2001) Evidencia-se, nesse processo, conquistas como a determinação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001, que

buscou um ensino médico generalista e interdisciplinar com ênfase na Atenção Básica em Saúde e no Sistema Único de Saúde (SUS). (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009)

Ainda, iniciativas de instituições no Brasil, em especial da Universidade Federal da Bahia (UFBA), têm se destacado com vistas a romper os paradigmas do ensino médico, a partir de aprimoramentos do currículo na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) e na criação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). No sentido das alterações no modelo do exercício docente, é importante ressaltar também os efeitos da atual pandemia da covid-19, cuja necessidade urgente de diminuição da propagação do vírus impossibilitou o funcionamento das aulas em regime presencial.

Assim, pela ainda presente necessidade de sanar as deficiências no ensino médico brasileiro e sua constante dinamicidade, é necessário debruçarmos sobre esse tema. Em vista disso, neste capítulo, iremos discutir o ensino médico na Bahia, a partir da Reforma Universitária de 1968, com foco na UFBA. Através de pesquisas bibliográficas e de entrevistas com diversos profissionais em atividade docente na Medicina e estudantes, busca-se aprofundar o conhecimento dos paradigmas, relações de poder e influências sociopolíticas imbuídos no processo de formação médica até os dias atuais, de forma que possam ser priorizados os movimentos que estimulem o aprendizado participativo e holístico dos estudantes de Medicina.

## **DA FUNDAÇÃO À REFORMA UNIVERSITÁRIA**

Nascendo lá na colônia portuguesa, A primaz Faculdade de Medicina  
Enraizou-se na Bahia com muita firmeza. De lá para cá, passou por  
transformações, Influenciada, com certeza,  
Por diferentes épocas, saberes e concepções. Ameaçaram as Cátedras,  
balançaram-se devoções; Paradigmas proporcionaram maiores  
especializações. Culminando no Hospital das Clínicas,  
Que nasceu para proporcionar maiores qualificações.

O século XIX foi marcado pelo início do ensino superior no Brasil, a partir da criação da Escola Médica na Bahia, em fevereiro de 1808 – fundada com o nome de Escola de Cirurgia da Bahia. Dentro do contexto social do Brasil imperial, em consonância com Gonçalves (1991), o período pregresso à Reforma Universitária de 1968 é influenciado por uma concepção de formação baseada nos saberes disponíveis da época, a fim de atender às demandas de uma sociedade marcadamente elitista. Sob este aspecto, a criação das escolas médicas representou o início de

um processo de independência brasileira em relação a Portugal, considerada, até então, o centro da formação universitária. (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005)

O itinerário formativo da época constava de peculiaridades abordadas pelos livros e tratados amparados na carta de lei de 1810, os quais serviam de pilares para a escrita dos compêndios. Além disso, o Estado exercia um papel diligente e controlador, estendendo sua influência às instituições de ensino, determinando desde a forma de ensino até os dirigentes e docentes destas instituições. Esta conjuntura caracterizou a estrutura catedrática de ensino no Brasil, vigente por mais de um século (FÁVERO, 2006), em que o patrono centraliza hierarquicamente o saber científico e os seus auxiliares reproduzem o conhecimento.

As cátedras expressavam certo favoritismo dos que gozavam de estima por parte dos gestores, ressaltando o elitismo social. Ademais, o imperador d. Pedro I, de natureza absolutista, desejava exercer domínio sobre os vários setores do seu reino, intervindo diretamente nas particularidades do ensino, mormente na seleção dos catedráticos. Por conseguinte, nesta interferência, muitas vezes eram selecionados profissionais pouco qualificados em detrimento dos que tinham maior competência e pouca influência. (FÁVERO, 2000)

Outrossim, alinhado aos ideais comuns da sociedade cientificista, as escolas médicas foram também influenciadas pela corrente filosófica do positivismo, surgida através do pensamento de Augusto Comte. Esta, por sua vez, tendia à elevação dogmática da ciência como verdade absoluta, dirimindo todos os aspectos filosóficos. O corrente pensamento instaurou-se de forma avassaladora no Brasil imperial, chegando ao seu apogeu com a Proclamação da República e reforçando, no âmbito universitário, a influência imposta pelos líderes governamentais. (FRAGA; SIANO, 1991)

Vale ressaltar que, como consequência, uma das deficiências encontradas neste modelo de ensino diz respeito à limitação da expansão de conhecimento transmitido aos estudantes, como também a discrepância salarial entre os profissionais. Este aspecto foi notadamente marcado pela baixa experiência administrativa e o evidente cunho político e ideológico, que se faziam presentes. (BORTOLANZA, 2017; FÁVERO, 2000)

A FMB já não era mais a única escola no mercado E o ensino exigia regulamentação.

Por isso, em 1968, em meio à ditadura e perseguição,

O ensino superior e médico passou pela Reforma Universitária,

Que mexeu no processo de graduação.

Instalaram departamentos, exploraram a ciência e sua construção;

O ensino ficou teórico-prático, sob o método cartesiano de organização. Assim, o ICS tornou-se berço do ciclo básico, a iniciação. E a FMB, palco do ciclo profissionalizante, nítida a modificação. Encerrando-se no internato, levando o médico à prática inserção.

No início do século XX, a formação médica recebe grandiosa influência dos preceitos da ciência biomédica norte-americana, os quais davam enfoque a questões sanitárias, como a prevenção de endemias e epidemias. (BATISTA, 2019) Este cenário priorizava uma ampliação das relações profissionais dentro de uma perspectiva direcionada à Saúde Pública. Esse viés foi intensificado, também, pelas ações desenvolvidas por Carlos Chagas no combate da malária. Assim, a partir da parceria com a Fundação Rockefeller no país, a educação médica baiana passa por importantes mudanças, como o início dos cursos de especialização, que com o tempo, ganham maior predominância, além de servir como ponto de partida para a disseminação da produção científica, propiciando a melhoria de laboratórios. (AZEVEDO, 2007; MARINHO; MOTA, 2013)

Ainda sobre este período, é conveniente destacar a criação do Hospital das Clínicas (HC), vinculado à UFBA, a partir da mobilização do prof. Edgard Santos, com o intuito de atender as demandas acadêmicas do curso de medicina e demais cursos da área da saúde. Neste tocante, foi sob influência dos ideais científicos, os quais estavam em ascendência no período, que a presença do HC colocou a Bahia em destaque. Os hospitais universitários eram unidades de ensino, assistência e pesquisas, presentes em países avançados, com destaque para a qualidade da estrutura, dos equipamentos e da seleção de pesquisadores competentes para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa. Desta forma, a educação médica baiana inicia um período de grandes mudanças, permitindo assim uma maior qualificação dos profissionais. (ARAÚJO; LETA, 2014; AZEVEDO, 2007)

Contudo, a década de 1960 foi marcada por um momento de muitas tensões mundiais que, no Brasil, resultaram no golpe militar de 1964 instaurado até 1985, período conhecido como Ditadura Militar. Em consonância, nesse momento muitas represálias voltadas ao silenciamento dos pensamentos contrários ao governo aconteceram, o que tornou as universidades um alvo de ataques tendo como exemplos a extinção da União Nacional dos Estudantes (UNE) e a perseguição de professores e estudantes.

Com isso, Teixeira (2013) traz que, nesse período, a FMB e outras instituições médicas sofreram, sendo despojadas de alguns dos seus valores mais preciosos. Além disso, é enfatizado que foi um período em que a FMB, com toda sua história secular, foi abandonada sem investimentos, tendo a sede do Terreiro de Jesus (que já não era mais a sede do curso, transferido para o *campus* do Canela) deixada sem

os cuidados necessários, com graves danos à sua estrutura física, acervo e biblioteca pelo abandono a que foi submetida. Ademais, esse momento foi marcado por uma explosão do número de escolas médicas que passaram de 6 para 82 em pouco mais de 10 anos. (TEIXEIRA, 2013) Assim, medidas eram necessárias para que houvesse um controle do ensino superior no Brasil com uma devida regulamentação.

Neste contexto, a década de 1960 demarca historicamente um ponto de mudança significativo do ensino médico no país, onde o Decreto-Lei nº 53, de novembro de 1966, alicerçado posteriormente com o Decreto-Lei nº 5.540, de 29 de novembro de 1969, estabelecem o que ficou conhecido como a Reforma Universitária. (TEIXEIRA, 2013) Esta foi consubstanciada pela Resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969, e o Parecer nº 506/69, ambos do Conselho Federal de Educação, reorganizando e estabelecendo novos rumos para os cursos de graduação em medicina. (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005; ROSA, 1996; TEIXEIRA, 2013)

Criticada por uns e defendida por outros, a Reforma Universitária e suas transformações no ensino médico estavam pautadas num contexto histórico queurgia por profissionais essencialmente científicos. E no campo médico, o que imperava de modelo foram os postulados desenvolvidos por Abraham Flexner em 1910, cujo documento ficou conhecido como Relatório Flexner. Sem incorrer na discussão dualística quanto à crítica acerca de tal relatório, é inegável dizer que muito foi incorporado deste na dita reforma.

Assim, foi possível observar que a proposta do curso de graduação estava ancorada em, no mínimo, cinco anos de curso, tendo seus dois primeiros anos, estritamente dedicados à teoria, focados nas pequenas partes, tal como o pensamento cartesiano, onde se inserem disciplinas curriculares que apresentam noções do biológico, morfologia e fisiologia humana, assim como os agentes patogênicos e os processos patológicos decorrentes. Este ciclo, tido como básico, precede os sucessivos quatro anos profissionalizantes, ao qual se inserem disciplinas que trabalharão a prática médica, considerando aspectos relacionais, éticos e legais. Ademais, envolve também conhecimentos de anamnese, semiologia, diagnósticos e aspectos cirúrgicos, tendo também a inserção acerca de doenças infecciosas e parasitárias e da saúde de populações ou contextos específicos, como saúde mental e da mulher. (ROSA, 1996)

No que tange à FMB, a reforma contribuiu com a criação do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), dividindo o curso médico ao estabelecer a realização do ciclo básico no instituto e do ciclo profissionalizante na Faculdade de Medicina. Essa mudança pode ser vista até hoje, em que a maior parte dos dois primeiros anos de curso é realizada no ICS. A desvinculação desses componentes da FMB gerou como consequência um não alinhamento com o curso, pois o ensino dessas

matérias é de responsabilidade do instituto, não conduzindo, muitas vezes, o conteúdo do componente com a prática médica. (TEIXEIRA, 2013)

Aliado a esse processo, houve uma ruptura com as cátedras comum no ensino universitário da época com a instalação dos departamentos. Na FMB, foram criados 13 departamentos buscando aliar diversos interesses que existiam. Essa mudança ampliou o espaço administrativo, didático e de inserção em pesquisa pelos docentes, além de permitir que qualquer professor que fosse do corpo docente do departamento pudesse concorrer a chefe de departamento. Desse modo, segundo o professor doutor ainda atuante na FMB Jorge Guedes, “o Relatório Flexner possibilitou explorar as bases científicas da medicina, ou seja, sair daquele modelo de corporação de ofício e trazer outro modelo com busca de disciplinas em um contexto muito científico e laboratorial”. Além disso, este documento representou um marco no ensino superior brasileiro, colocando um fim no sistema de cátedras e ampliando os horizontes dos demais docentes na participação ativa nas decisões. Vale salientar que, mesmo com o fim desse sistema, os departamentos ainda são marcados por grandes conflitos de interesse e de poderes entre os professores. (TEIXEIRA, 2013)

O currículo do curso de Medicina necessitava de uma atualização nesse período, pois é inegável como foi aprimorado e como as tecnologias foram desenvolvidas, o que tornou a profissão médica de uma prática mais simples (com equipamentos básicos e o pensamento clínico) a uma prática especializada e que necessitava de uma formação mais atualizada. Diante disso, a Reforma Universitária foi um marco para essa mudança na forma como se formava médicos na FMB. Com as alterações já mencionadas, o curso ficou estabelecido em no mínimo seis anos, tendo como máximo o período de nove anos, sendo dividida entre as matérias básicas e profissionalizantes, com as básicas ensinadas no ICS e as profissionalizantes no HC. Após isso, o estudante teria que fazer o internato, que na época era por uma escolha da área que mais o agradava, que se dava como um estágio obrigatório nos centros de saúde e hospitais aptos para o ensino. Dessa forma, houve uma reestruturação curricular em que se deu mais ênfase às medidas ao estudo da saúde da coletividade e não em problemas individuais, sendo percebido diversas limitações na atualização necessária, deixando diversas lacunas. (TEIXEIRA, 2013)

Mesmo com essas alterações realizadas pela Reforma Universitária de 1968, eram necessárias muitas alterações, que só foram conquistadas com o passar dos anos para chegarmos na universidade como a conhecemos hoje. Isso se torna perceptível através da fala da atual estudante de Medicina (2021) e ex-presidente do Diretório Acadêmico de Medicina (Damed) da FMB, Giovanna Harzer, pela qual cita alguns dos recentes avanços da estrutura do ensino médico na universidade:

*[...] A primeira coisa que eu acho é que a gente ainda tem muito que avançar. A gente conseguiu diminuir a nossa carga horária de uma forma muito boa, que era uma das maiores da Bahia e isso ajuda até na questão da saúde mental. [...] Uma das principais pautas que a gente, como estudante, levou foi a questão do eixo de atenção primária, porque nosso curso não estava respeitando 100% das diretrizes curriculares nacionais. [...] É importante que os estudantes sejam ouvidos, porque a gente que tá ali na pele, vivenciando as aulas, o relacionamento com os professores e o que funciona e o que não funciona na prática.*

## **O ENSINO E FORMAÇÃO MÉDICA NA PRÁTICA DA FMB**

Ao tratar sobre a formação médica, é inevitável que se abordem aspectos socio-culturais que desenham a carreira “divinizando” o *status* social do profissional do jaleco branco, que pendura um estetoscópio no pescoço e que, por muito tempo, carregou uma “pompa” enorme na sociedade brasileira como relatado pela profa. dra. Carmen Teixeira, ex-integrante do corpo docente da FMB. Partindo dessa perspectiva, que ainda hoje é possível enxergar, a Medicina faz parte do rol de modelos de carreira – se é que eles existem – que grande quantidade de jovens pelo país deseja seguir. No Sistema de Seleção Unificada (SISU) do segundo semestre de 2020, mais de 36% dos inscritos brasileiros optaram por este curso, que gerou concorrência de mais de 110 mil inscrições por vaga – entre elas, na FMB da UFBA. (BRASIL, 2020) Após uma jornada, que, em geral, apresenta muitos percalços e pedras ao longo do caminho até a aprovação, quando ingressam na primeira escola médica do país muitos ainda esbarram nos desafios que perduram anos.

A FMB, ao longo da sua história, passou por inúmeras transformações no que tange a integração entre ensino e serviço, influenciadas por demandas estudantis e da sociedade de modo geral. (TEIXEIRA, 2001) Décadas atrás, como bem relatado pelo professor doutor, ainda atuante na FMB e formado por esta instituição em 1978, Ronaldo Jacobina, o ensino da Medicina, na UFBA, era estruturado de modo que faltava conexão entre o ensino básico e o profissionalizante e ambos do internato, tal fato contribuía para uma formação pouco conectada e integrada. Para além disso, o internato também sofria com certos problemas ao não comportar as demandas por meio de um currículo amplo e integrado. O professor relata se formar sem ter feito um parto, algo essencial na formação do profissional médico, visto que deveria se encontrar dentro da carga horária do internato. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014) A partir dessa realidade a profa. dra. Carmen Teixeira afirmou:

*Todos esses avanços científicos e tecnológicos, que aconteceram nos últimos 40 anos, tornam hoje a Medicina ainda mais complexa [...]. A Medicina evoluiu muito por um lado,*

*do ponto de vista científico e técnico. Por outro, do ponto de vista da organização do processo de trabalho, [...] mais de 40 especialidades médicas. Isso é uma fragmentação enorme da prática [...]; a fragmentação gera necessidade de integração do trabalho em equipe, mas a faculdade não ensina a trabalhar em equipe. Pelo contrário, a faculdade reproduz a fragmentação. Não se aprende a trabalhar nem na equipe médica, quanto mais na equipe de saúde [...] eles têm uma dificuldade enorme de se articular com os outros profissionais, porque o ensino é totalmente separado.*

Devido a essa realidade, contada pela professora, as Diretrizes Curriculares Nacional (DCN) publicadas no ano de 2014 voltam-se para a mudança dos paradigmas dos cursos de Medicina no país, destacando, além de outros aspectos, as concepções pedagógicas do ensino. Essas orientações focam no formato de currículo atual, que ainda apresenta empecilhos para que as disciplinas se desenvolvam de forma integrada e o corpo docente esteja, constantemente, atualizado, através de programas de capacitação permanente e educação continuada.

Ao falar no espaço de formação,

A sala de aula é lugar de despertar e interceder.

O professor auxilia o estudante na sua construção do aprender.

E, na formação em saúde, muito ainda nos espanta.

Pois tem professor que leva para sala método que nem sempre adianta.

O currículo tradicional que é vivido na prática envolve metodologias de ensino-aprendizagem que repercutem para o corpo discente de forma passiva, o que reverbera numa formação desvinculada do serviço e vivência com as necessidades de saúde da população. De tal modo, as diretrizes sugeridas realçam a importância da incorporação de metodologias de ensino inovadoras e investimento em trabalho colaborativo em equipe de saúde, com ênfase na vivência multidisciplinar e criação de vínculo entre discentes, usuários e serviços, que rompam com a chamada “educação bancária”. (DIAS et al., 2018; MACHADO; OLIVEIRA; MALVEZZI, 2021) Afinal, de acordo com a profa. dra. Carmen Teixeira, a “*Medicina é uma prática [...] que expõe a pessoa na relação com o outro*”. Com o passar do tempo, buscou-se caminhar para uma realidade diferente, na qual houvesse uma maior integração entre ensino e serviço e, apesar de ainda não ter alcançado uma completa integração atualmente, avanços são perceptíveis como relatado por Giovanna Harzer, a qual ressalta a importância de matérias que já proporcionam uma conexão entre os diferentes ciclos, tanto o básico, quanto o clínico e o internato. Para a entrevistada, essa integração entre ensino e serviço foi discutida como essencial para a formação de um bom médico pela FMB.

É importante ressaltar que a integração entre ensino e serviço é muito importante, pois possibilita que o estudante se insira no mundo do trabalho, conhecendo este, construindo um conhecimento baseado no que vivenciará na prática. Ademais, possibilita a troca de informações com os profissionais que estão inseridos nos serviços, os quais são conhecedores da própria atuação prática, mas, também, da realidade social, para que seja facilitada as ações do estudante e futuro profissional com a coletividade. (MARIN et al., 2013)

Mesmo num curso que demanda tantas relações, e que a luta prioriza sempre a vida e a saúde, desde o ingresso na universidade, o discente é, constantemente, exposto a situações que evidenciam a doença.

Entre estudos, entrega e dedicação, Cresce dentro de si, uma linda  
menina. De honra e singular missão;  
Que na sociedade tem nome e é bem vista: a Medicina. Um sonho que  
muda de cor  
Na medida em que as tempestades aparecem. Missão que se atravessa  
agora também com dor. Há vontade de parar, há desejo de correr...  
Para um lugar que lhe faça melhor; Que para cuidar, não precise adoecer.

Seja durante as aulas, ao realizar atividades avaliativas ou ao vivenciar a prática do curso, o estado de ansiedade em estudantes de Medicina, em geral, aumenta com o passar dos semestres, tanto em pessoas que já carregam o traço e/ou personalidade ansiosa, quanto naquelas que chegaram no curso sem apresentar nenhum sinal de transtorno de ansiedade ou depressão – cujo surgimento é comum na população de estudantes de Medicina. Tal realidade, que é visualizada em muitas escolas médicas (não se restringindo à FMB), evidencia a dificuldade de muitos estudantes conseguirem se adaptar ao modelo proposto. Visto que a densidade de conteúdo para estudar e retornar com bom desempenho, num curto intervalo de tempo, é alta; o isolamento sociofamiliar torna-se uma consequência, com a demanda de responsabilidade; as inúmeras dificuldades econômicas, sociais, de saúde e familiares são reais, além da grande exposição a situações de estresse psíquico, de sofrimento humano e morte, fatores que expõem e impactam a qualidade de vida e aprendizado dos estudantes, ficando susceptíveis ao desenvolvimento de problemas relacionados à saúde mental. (FERREIRA et al., 2009; MACHADO et al., 2019)

Essa realidade é intensificada pela construção social da profissão médica, a qual gera uma série de expectativas e, até mesmo, pressões para os estudantes de Medicina, a começar pelas próprias famílias e/ou autocobrança. Esse público é tão fortemente afetado que os índices de sofrimento psíquico ultrapassam o da socie-

dade em geral. Sendo assim, os que estão sendo preparados para cuidar, muitas vezes não reconhecem seus próprios adoecimentos e a necessidade de procurar ajuda. (CONCEIÇÃO et al., 2019)

Desde o início da graduação, o estudante é exposto a uma árdua jornada, a um currículo que, por vezes, ultrapassa o limiar entre o correto e o adoecedor, além da pressão interna para dar conta de todas as demandas e conteúdo, a qual é regada pelo medo de não ser suficiente. (ARAGÃO et al., 2017) Sobre essa questão, é muito importante que a própria instituição e os que a mantêm operante reconheçam as suas problemáticas e lutem para combater, não contribuindo para sua intensificação, visto que, como bem-dito por Aragão e demais autores (2017), o estudante já é exposto a uma série de mudanças e cobranças que devem ser levadas em consideração.

*[...] Infelizmente eu já presenciei algumas situações que professores foram completamente insensíveis sobre essa demanda, eu já cheguei a passar muito mal depois de uma prova, depois de um discurso de uma professora [...] eu estava passando por um processo depressivo na época e, aquilo me tocou de uma forma que eu, simplesmente, marquei qualquer resposta do gabarito e entreguei a minha prova, porque eu queria sair mais rápido possível. Então, a gente ainda tem isso, e isso é uma coisa que realmente acontece, é um processo adoecedor que as pessoas não percebem que elas estão contribuindo para isso. (Giovanna)*

Desse modo, os fatores ansiogênicos, potencialmente, podem influir na vida acadêmica, repercutindo em danos cognitivos, na assimilação e processo de aprendizagem, bem como no desenvolvimento de habilidades – o que traduz um pesadelo àqueles que realizam um curso com carga horária elevada, alta responsabilidade e densidade de conteúdos. (FERREIRA et al., 2009) Conquanto, “[...] a FMB criou o seu próprio núcleo para poder cuidar dos seus alunos [...]” (Giovanna), o Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAPP) da FMB, pelo qual permite que os estudantes tenham atendimento com psicólogo, com pessoas que os orientem com a rotina e a grade, desde todo percurso no curso.

Crescemos ouvindo que temos no mundo o nosso lugar.

Mas sempre treinados e educados para o que a sociedade deseja encontrar. Exigem um intelectual, que resolva problemas, seja técnico e produtivo; Por isso, enfatizam o aprendizado cognitivo.

O enfoque humanístico é uma exceção.

Pois não adianta assimilar e aprender aspectos gerais da formação, Ser sensível e atencioso, mas não ir bem na avaliação.

Da formação à prática, o perfil de médico formado expõe o ensino em saúde tradicional e fragmentado, evidenciando um despreparo do profissional na responsabilização e resolução de problemas mais frequentes dos usuários. (FORMIGLI et al., 2010) Nesse sentido, não basta o modelo centrado na doença e assistência hospitalar. A formação de verdadeiros generalistas na FMB – que sejam humanos em essência, responsáveis com a promoção de saúde integral dos indivíduos, dominem a habilidade de refletir, seja crítico, ético e comprometido com a superação de iniquidades – torna-se essencial. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014)

Um ponto importante, nessa perspectiva, é o entendimento das motivações para a implementação de mudanças dentro do currículo do ensino médico, as quais vieram, principalmente, com as mudanças da sociedade, incremento de novas tecnologias e necessidade do fortalecimento da dimensão ético-humanística. (FORMIGLI et al., 2010) Tais motivações contribuíram para as mudanças percebidas no ensino médico da atualidade, no qual busca-se uma maior integração entre o ensino-serviço, uma grade curricular mais ampla, que mantenha diálogo com outras profissões e atenta às demandas sociais, mesmo que ainda de maneira incipiente.

Por isso, o prof. dr. Ronaldo Jacobina, discorre sobre a proposta de inclusão de outros componentes curriculares que agregassem aos demais de caráter mais científico e técnico, trazendo o contorno da Medicina Social logo no primeiro semestre. A partir dessa matéria, o estudante que enxerga peças e partes de um ser humano “coisificado” ao entrar na universidade, consegue submergir, iniciando um processo de valorização do ser holístico e complexo, de uma Medicina mais abrangente. Segundo a entrevista deste professor, essa perspectiva é essencial *“[...] para dizer ao aluno [...] ‘respeite a linguagem do sofrimento no seu paciente’ [...] quando o seu paciente fala, você vê a linguagem, você vê o grau de escolaridade, a complexidade, a maneira [...]”*.

Para entender como essas mudanças foram instauradas, é relevante conhecer que as relações de poder na estrutura social foram se delineando de maneiras diferentes com o avanço da história, e esse fato atingiu, também, a estrutura de poder dentro das universidades, nas quais foi perceptível, principalmente com o fim das cátedras, uma maior democratização na relação entre os professores. Esse processo de fim das cátedras recebeu apoio da Reforma Universitária de 1968, a qual, apesar de trazer limitações, contribuiu para que os docentes pudessem ter uma progressão dentro do ambiente universitário. Decerto, tal mudança, uma das muitas dentro do escopo da reforma, possibilitou maior liberdade para que a grade curricular sofresse algumas alterações e para a escolha didática do docente. (MARTINS, 2009)

As novas tecnologias, por sua vez, demonstraram a necessidade de preparar e atualizar o corpo discente para lidar com as novas inovações e avanços da ciência e

da tecnologia, visto que a sociedade está imersa em uma contínua busca por criar e/ou incrementar procedimentos, medicações, etc. Além disso, novas tecnologias também surgiram no ensino e, com elas, a necessidade de inserir no currículo essas atualizações e maneiras de lidar com o processo de ensino e aprendizagem da melhor maneira possível para todos os envolvidos, sem deixar de lado a dimensão ético-humanística, as necessidades e subjetividades dos indivíduos. (FORMIGLI et al., 2010)

Outro ponto importante é a questão ética, tendo em conta que, com o avanço e fortalecimento da ética médica, novas questões vieram à tona e, com elas, a necessidade de encontrar respostas e delinear direcionamentos para as ações. (FORMIGLI et al., 2010) Na FMB, depois de algum tempo sem dar a devida atenção à necessidade de alterar o currículo devido às questões éticas e humanísticas, foi criado o eixo Ético-Humanístico, do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), o qual comporta oito componentes curriculares, perpassando por todos os semestres anteriores ao internato na formação do futuro profissional médico.

Sobre o eixo citado anteriormente, Vinicius Carvalho, estudante de Medicina na FMB e egresso do BIS, relatou sentir necessidade de existir uma ampliação da carga horária das matérias e mais discussões para que o eixo se apresente com maior protagonismo na formação. O estudante reconhece a importância do eixo e por esse motivo acredita que menos de uma hora de aula por semana não é suficiente para comportar as demandas de maneira integral, sendo necessário uma ampliação não só da carga horária, mas, também, do escopo de discussão.

Ainda sobre as questões de como se estrutura o currículo, é importante ressaltar que a FMB possui uma deficiência fundamentada na ausência de um eixo para a Atenção Básica à Saúde (ABS), existem alguns componentes que perpassam sobre a questão, mas nada que alcance um percentual satisfatório da formação como prega a DCN. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014) Sobre essa questão, é relatado por Giovanna Harzer que a ABS deveria estar presente durante toda a formação do profissional médico, mas o que se vivencia, na prática, é uma negligência sobre a importância da inserção de um eixo e, também, uma falta de interesse de boa parte do corpo docente.

Com o exposto, percebe-se que, mesmo com as evoluções do ensino médico, ainda existem muitas transformações necessárias para que seja alcançada uma formação mais integral e humanística do profissional médico. Sobre isso, Rios e Caputo (2019) ratificam a necessidade de que os estudantes sejam cada vez mais inseridos em espaços que promovam reflexão e práticas conscientes, não sendo suficiente, então, apenas modificações na grade curricular e nas metodologias

Sob a perspectiva de que a educação médica envolve sujeitos adultos – que, em teoria, têm maturidade suficiente para assumir as consequências de seus atos –,

segundo Vasconcelos, Tagliaferre e Teles (2020), o processo de aprendizagem é conduzido pela Andragogia – num movimento de condução dos discentes adultos. Dessa forma, o papel da formação é ser disparadora da atividade de busca e aperfeiçoamento do conhecimento, com abordagens pedagógicas que mobilizem os discentes a atenderem às demandas dos usuários, ao invés de memorizar conteúdos para levarem às provas, construindo o seu conhecimento por intermédio do orientador. (FORMIGLI et al., 2010)

Há a esperança de que todos os docentes entendam o essencial;  
Que o seu papel é facilitar o aprendizado, sendo também fundamental;  
Deixando de transmitir, para construir com os alunos o processo principal: O conhecimento como um produto processual,  
De um movimento que supere a pedagogia tradicional.

Nesse contexto, a aprendizagem efetiva, no campo da saúde, é diretamente proporcional às estratégias escolhidas, capazes de levar os estudantes a incorporarem valores, compreenderem conteúdos e desenvolverem habilidades que o conduzam à vivência da profissão da saúde, individual e profissionalmente. Para tal, os sujeitos envolvidos precisam assumir seus lugares. Aos educadores, cabe conduzir o aprendizado e catalisar o conhecimento, de maneira discursiva-reflexiva e centrada na pessoa. (OLIVEIRA et al., 2021; VASCONCELOS; TAGLIAFERRE; TELES, 2020) Baseando-se, assim, na adesão de um “[...] *ensino mais dialogal, que você faz uma roda de conversa, põe os alunos para apresentar seminário, debate, discute, você investe nas chamadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que garantem maior protagonismo do estudante [...]*”, como foi afirmado pela professora dra. Carmem Teixeira.<sup>1</sup> Na discussão da busca de um ensino mais participativo, a professora dra. Lorene Pinto, ex-diretora da FMB também fez sua contribuição:

*[...] É um exercício e preparação pedagógica que o professor tem que fazer [...] nem tudo que a gente faz fora, no exercício da nossa especialidade, cabe colocar no curso de graduação, coisa muito frequente feita pelos docentes. [...] Foi interessante porque a gente passou a discutir isso nos fóruns [pedagógicos], trazendo pedagoga para dentro da escola, trazendo professores da área da educação para falar pra gente [...]. Porque a formação médica historicamente era quase um liceu de artes de ofícios. [...] E não se concebe uma formação assim há muito tempo, você precisa de outros saberes e outras áreas de conhecimento para formar um profissional da área da saúde [...].*

---

1 Em entrevista concedida aos autores.

Diante da pandemia de covid-19, mais modificações foram necessárias para a FMB e todo o mundo; houve a necessidade de o ensino migrar da realidade presencial para a possibilidade virtual. Diante desse panorama, a demanda de atividades, trabalhos, fóruns e outras responsabilidades, com a maior carga psicoemocional atribuída ainda, aumentou. Por isso, o Damed, com a direção da estudante Giovanna Harzer, que ponderou sobre a maior parte dos estudantes (mais de 80%) terem optado – em formulário enviado para o corpo discente – pela manutenção das aulas teóricas à distância, mas que as práticas voltassem ao presencial, devido à sensação de deficiência no ensino.

Segundo Moretti-Pires e demais autores (2021), apenas as disciplinas pré-clínicas, do ciclo básico, que detém de uma abordagem mais teórica, são suscetíveis à adaptação para a modalidade de ensino à distância. Isso se deve ao fato de que muitas das habilidades exigidas para a formação médica envolvem a clínica e a necessidade da presença do outro, com interação e toque. No entanto, foi necessário mobilizar o corpo docente, para encontrar estratégias pedagógicas que conseguissem lidar com a restrição de recursos e potencial prejuízo irreparável no processo de ensino-aprendizagem, principalmente àqueles que não conseguiram acessar as plataformas virtuais adotadas, assistir às aulas, realizar atividades avaliativas e/ou acompanhar esse processo, devido às dificuldades psicossociais, financeiras e estruturais, que o estudante da FMB convive. (MORETTI-PIRES et al., 2021) Estas questões foram elucidadas no relato de Giovanna Harzer:

*[...] no EAD estava sendo muito complicado os professores tentarem arranjar um jeito de avaliar a gente da forma mais correta possível [...]. Imagino para aquela pessoa que acabou de entrar na faculdade, está totalmente perdida, tendo que se acostumar com uma nova rotina, pensar num método de estudo próprio e não consegue nem ver seus amigos, na verdade não consegue, muitas vezes, estabelecer laços de amizade [...] no EAD as coisas são muito mais complicadas.*

A preocupação que ronda este cenário é relacionada aos impactos disso a longo prazo. Como ficará a formação dessas pessoas, que tiveram uma perda significativa na FMB e outras instituições de ensino?

Apesar de os desafios estarem, a todo momento, batendo à porta dos estudantes, estes encontram artifícios para driblar, estudar, participar de grupos de pesquisa, atividades de extensão e complementarem a formação de maneira eficiente, preenchendo, inclusive, lacunas durante a formação, como também ressaltado pela estudante entrevistada:

*[...] a gente tem várias oportunidades dentro da FMB. Você pode trilhar seu caminho de diversas formas [...] a gente não é uma caixinha, nós não somos iguais; então, ter a oport-*

*tunidade de cada um trilhar o seu caminho é incrível [...]. Uma dessas possibilidades são as Ligas Acadêmicas [...] de especialidades médicas diversas e, apesar de muitas pessoas acabarem criticando, [...], as ligas que realmente se comprometem com o ensino médico e focam no tripé universitário como um todo [...] cumprem um papel muito importante, porque são estudantes que estão 'tocando' as coisas. Por mais que a gente tenha orientadores [...] é o protagonismo estudantil que faz as coisas andarem [...]. (Giovanna)*

Dessa forma, é o protagonismo do corpo de estudantes que sustenta a escola, mobiliza as estruturas e transforma tempos. Logo, o ensino necessita dessa força, sendo sempre a energia motora de uma estrutura histórica e rica, como a FMB.

## **PERSPECTIVAS FUTURAS PARA O ENSINO MÉDICO NA BAHIA**

Hoje duas portas permitem a entrada em Medicina, então. Seja pelo SISU, de forma tradicional,  
Ou via Bacharelado Interdisciplinar, que proporciona uma nova visão!  
Abre horizontes; familiariza os discentes na Academia e nova graduação;  
Apresentando a Saúde como campo amplo,  
Repensando paradigmas, rompendo com a alienação.  
E se a Medicina na FMB ainda se direciona à cura, tratamentos e prevenção, O BIS estimula a valorização da saúde multidimensional e sua promoção.

A partir da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação, foi concedida às instituições de ensino a liberdade de reformular os currículos, com o objetivo de inovar e trazer melhorias aos cursos visando as necessidades dos seus estudantes, através da inserção das DCNs. Diante disso, as DCNs influenciaram a área de ensino da saúde, uma vez que buscaram orientar a formação de profissionais, para que suprissem a necessidade do SUS, através da valorização desses profissionais e da humanização no atendimento. Entretanto, apesar da tentativa de mudanças curriculares da área de saúde no Brasil, ainda permanece um predomínio de um perfil educacional voltado para o modelo médico-assistencial hegemônico, o qual contradiz as orientações da DCN e fomenta um atendimento centrado na doença. (TEXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013)

Diante dessa nova perspectiva do ensino, emergem-se os Bacharelados Interdisciplinares (BIs) no ano de 2009, através do projeto da UFBA Nova, que visava mudança no ensino da sua graduação e do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras (Reuni). (TEXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; VERAS; BAPTISTA, 2019) Com isso, o BI se-

gue modelos educacionais de ciclos, como o norte-americano da Harvard Medical School, no qual, antes de se adentrar no curso de Medicina, o estudante tem que fazer o *college*, um curso de duração de quatro anos que culmina com o título de *bachelor* em Ciências ou em Artes. (ALMEIDA FILHO et al., 2014)

Nesse sentido, o BI segue esse padrão de formação por meio de ciclos, sendo o primeiro voltado para o ensino geral da área sem o intuito profissionalizante, assim tendo uma necessidade de um segundo ciclo que seria a de formação profissional acadêmica, que na UFBA se concretiza através do processo seletivo para o Curso de Progressão Linear (CPL) para o curso pretendido pelo estudante. Dessa forma, foram implementadas quatro áreas de ensino do BI: Ciência e Tecnologia, Artes, Humanidades e Saúde. (TEXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; VERAS; BAPTISTA, 2019)

Não obstante, inicialmente, a proposta do BI era para que todos os estudantes antes de ingressarem na UFBA, passassem por esse modelo de ciclos, porém, esse projeto gerou grande resistência de alguns setores políticos da universidade, criando dois modelos curriculares na instituição, o tradicional, que é o ingresso imediato no curso profissionalizante, e o de regime de ciclos, com a entrada pelo BI. (VERAS; BAPTISTA, 2019) Tal desintegração entre os cursos tradicionais e os BIs fazem com que os alunos egressos dos bacharelados tenham que se adaptar ao transitar para esses outros cursos, haja vista que os currículos não são esquematizados a continuar o ensino no mesmo modelo. Como discutido em entrevista pelo atual estudante da FMB, Vinicius Carvalho “nós que saímos do BIS e vamos para o curso de progressão linear reaprendemos o ofício de estudante, no caso de medicina, por ser um paradigma totalmente diferente”.

Todavia, no Brasil, existem algumas universidades que seguem o modelo de ciclos para alguns cursos da graduação, como é o caso da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB) e Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) (ALMEIDA FILHO et al., 2014; SILVA, 2019), na tentativa de conseguir suprir as demandas da DCN, e de formar profissionais muito mais preparados para a atuação profissional. Na UFBA, o BI é um curso com duração mínima de três anos e máxima de cinco anos, que dá ao estudante o título de bacharel na sua área (Saúde, Artes, Ciências e Humanidades), após cursar 2.400 horas, que são divididas entre disciplinas obrigatórias, optativas e carga horária complementar. Com isso, para que se alcançasse o objetivo desse curso, os currículos dessas graduações foram construídos a partir de princípios bases como: autonomia – condução do indivíduo da sua própria trajetória de aprendizagem; flexibilidade – diminuição das exigências de pré-requisito, para que se tenha uma maior liberdade das escolhas dos componentes; articulação – criação de disciplinas interdisciplinares e integradoras; atualização – verificação e atualização de componente curriculares de

maneira constantes, para se manterem sempre inteirados dos avanços da ciência; e inclusão das três culturas – inclusão de componentes nos cursos que contemplem as três áreas dos conhecimentos artísticos, humanísticos e científicos. (TEXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013) Decerto, são esses princípios os norteadores para a construção de um modelo interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar, que dá autonomia e liberdade ao estudante, além de que o BI surge para a quebra de paradigmas na educação. Nessa perspectiva, Veras e Baptista (2019) afirmam que este curso oferece ao discente a escolha da sua trajetória de maneira consciente, além do estudante conseguir alcançar uma formação singular e ampla na saúde, haja vista que o fato de se esperar mais tempo e passear por mais áreas do conhecimento tende a amadurecer a escolha profissional do aluno. Além disso, em consonância com o professor dr. Ronaldo Jacobina, “o bacharelado permite o maior acesso a negros, pessoas de baixa classe social, permitindo uma forma mais democrática”, ou seja, é um espaço que proporciona um maior acesso da sociedade que é negligenciada, no qual diminui, de certa maneira, a monopolização da classe alta de cursos de alto prestígio social.

Para tanto, faz-se imprescindível discutir sobre a importância do BIS, o qual emana grandes perspectivas para a formação dos profissionais da saúde. Diante disso, o BIS é uma graduação que visa uma formação completa, o qual perpassa de maneira geral pelas áreas de humanidades, artes e científicas, além de se especificar no campo da saúde, assim, promovendo autonomia ao estudante e uma multidimensão da vida social. Dessa maneira, o currículo do BIS é dividido em módulos ou eixos – Módulo Interdisciplinar, Módulo de Culturas, Eixo Linguagens, Formação Específica Obrigatória, Formação Específica Optativa, Atividades Complementares e Componentes Livres. (VERAS; BAPTISTA, 2019) Portanto, é a partir desse passeio por todos esses campos e toda essa diversidade de conteúdo, que transforma o profissional de saúde em mais preparado, interdisciplinar e humanizado, fugindo do modelo médico-assistencialista hegemônico.

Diante disso, a professora dra. Carmen Teixeira afirma que:

*o BI é um espaço de resistência, [...] uma experiência inovadora, um espaço que a gente tenta fazer a diferença na formação de uma pessoa, sujeito não só de um profissional, mas de um cidadão uma pessoa atendida com o que está acontecendo no Brasil e no mundo [...], o BI faz parte de uma utopia de universidade voltada para a formação de sujeitos capazes de enfrentar os desafios do século XXI, como cita o Boaventura e o Naomar.*

Assim, fica evidente que o BI vai muito além de uma formação ou preparação de um profissional; é um local que proporciona a metamorfose do sujeito, não só na tentativa de se melhorar a formação, mas de se ampliar o olhar das pessoas, que perpassam por esse primeiro ciclo, sobre a sociedade e os seus desafios.

Ademais, para ingressar no BIS, é necessário passar pelo processo seletivo do SISU através do seu rendimento no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), sendo para esse curso disponibiliza 300 vagas anuais (200 para o noturno e 100 para o diurno). (TEXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013) Diante disso, após o percurso do curso e a sua formação, o estudante pode escolher entre seguir carreira acadêmica através do mestrado ou passar pelo processo seletivo BI-CPL, no qual poderá ingressar para qualquer curso que engloba a área da saúde de acordo com o seu rendimento. Entretanto, muitos estudantes escolhem passar pelo BIS com a sua trajetória focada para ingressar em Medicina, acreditando ser um caminho menos concorrido, mas que se torna muito mais árduo e cheio de desafios (essa percepção se dá pelas vivências dos autores deste capítulo neste curso). Porém, apesar dessa preconização da escolha profissionalizante na entrada do curso, a jornada que o aluno constrói durante esse ciclo favorece a um amadurecimento de escolha, pois o estudante passa cotidianamente por diversas áreas da saúde, fazendo com que ele siga adiante ou não com seu caminho traçado. (VERAS; BAPTISTA, 2019)

Desse modo, o BIS surge na tentativa de transformar a formação do profissional de saúde, principalmente o médico, cujo a maioria dos modelos de formações se limitam ao biomédico se esquecendo da necessidade de promover um ensino voltado para a atenção integral em saúde, uma vez que o ser humano é um ser complexo, no qual a doença pode surgir devido a diferentes contextos que estão em volta do social, psicológico e emocional, sendo a partir desse princípio que o SUS é regido. Além disso, Silva (2019) afirma que esse curso busca formar pessoas com valores éticos e humanizados, que compreendam a realidade social, política e econômica, na qual o nosso país enfrenta e o quão isso influencia na saúde dos brasileiros e no seu sistema de saúde.

Nesse sentido, é a partir da promoção de autonomia, da compreensão da subjetividade e das percepções de saúde-doença do sujeito, assim o objetivo do curso é formar profissionais interdisciplinares. Dessa forma, esses aspectos são concretizados através da fala do professor dr. Ronaldo Jacobina, o qual aborda que “*aluno do BI em regra vem com uma sensibilidade muito grande e uma boa formação de saúde pública. [...] eu sinto que ele tem um conhecimento muito forte do SUS e do papel do médico dentro do sistema de saúde*”. Reforçando ainda mais essa perspectiva, Giovanna Harzer afirma que percebe como os egressos do BIS

*[...] têm maturidade para lidar com o meio acadêmico, assim como elas trazem uma bagagem sociopolítica muito importante, que pessoas que acabaram de sair do ensino médio ou de anos cursinhos não tem. [...] não acho que tenha atividade curricular extra que consiga preencher a lacuna que o BI consegue e realmente é incrível.*

Portanto, ao contrário da grande maioria das graduações de saúde o BIS rompe com o modelo tradicional, que é limitado a compreensão da sua área profissionalizante, fazendo com que os formados trabalhem somente com conteúdo direcionados, esquecendo-se da necessidade da conversação entre as áreas da saúde e das culturas, para formar médicos preparados, interdisciplinares e humanizados, assim suprimindo a deficiência do SUS e cumprindo a proposta da DCN.

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, mais conhecido como BIS, é um curso inovador, que foi criado com todo fervor.

Não pense que foi fácil formular o curso, pois nem todos setores da UFBA aprovaram o discurso.

O BIS surgiu para transformar o ensino ultrapassado e limitado em extraordinário.

Este curso não tem o ensino biomédico, pois seu currículo é formado pelos eixos humanísticos, artísticos e científicos, que torna o ensino muito mais diversificado e divertido.

Apesar das adversidades e resistências o BIS se ergueu,

Mostrando toda a sua importância na formação do profissional de saúde, antes mesmo do seu apogeu, SUS, qualidade do cuidado, desigualdades sociais e problemas do mundo contemporâneo, tudo isso está no papo, porque o estudante bacharel em saúde é muito mais preparado.

Por fim, vamos fazer um questionamento,

O que aconteceria se todo profissional de saúde passasse por esse percurso?

Esta é uma incógnita que fica como reflexão, para repensar estruturas, aplicação de métodos de ensino, ementa do curso e formas de promover melhores relacionamentos interpessoais na estrutura da escola médica vigente. Assim, poderemos escrever novas linhas de um novo tempo, onde a universidade seja capaz de acolher os estudantes, promover um ensino fiel às diretrizes propostas, fazendo da FMB, não apenas uma excelente instituição, mas também, um espaço de trocas e crescimento acadêmico e de vida de cada um que marca a sua trajetória sob a primazia do Brasil.

O BIS, então, é uma porta de entrada de muitas possibilidades,

Leva o discente a partilhar diferentes oportunidades.

Se importando com a formação geral, interdisciplinar, sem especialidades.

Ao contrário, a FMB ainda valoriza a especialidade na formação.  
Tem professor que pergunta “qual será sua residência após a graduação?”  
E continuamos explorando pouco o “macro”,  
Que “micro” fica, aos olhares do currículo em questão.

Este que o eixo ético-humanístico pouco valoriza  
E tem conteúdo do ciclo básico que nunca mais se vê no serviço de  
atuação. Por isso, teoria e prática acabam desconectados;  
Poderia ser diferente se mudássemos de visão.

Abraçando os outros institutos e cursos, criando laços na relação;  
Fazendo dessa formação generalista um espaço de vivência eficaz,  
Abrindo o currículo para o trânsito na educação.

Assim como faz o BIS, com vivência multi e interdisciplinar,  
Com formação que explore os aspectos reais da vivência da profissão.  
Vamos, FMB, criar novos tempos, transformar a nossa graduação

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de *et al.* Formação Médica na UFSB: I. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no Primeiro Ciclo. *Revista Brasileira De Educação Médica*, Brasília, DF, v. 38, n. 3, p. 337-348, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/wrbZgR86tbPt7GJr9c5yCby/?lang=pt#>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hBV4rgX9JbMBsgT9GZbqp8j/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2021.
- ANTUNES, Isa Cristina Barbosa; SILVA, Rafael Oliveira da; BANDEIRA, Tainá da Silva. A Reforma Universitária de 1968 e as transformações nas instituições de ensino superior. In: SEMANA DE HUMANIDADES, 19., 2011, Natal. *Anais [...]*. Natal: UFRN, 2011. v. 1. p. 1-10. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/shXIX/anais/GT29/A%20REFORMA%20UNIVERSIT%C1RIA%20DE%201968%20E%20AS%20TRANSFORMA%C7%D5ES%20NAS%20INSTITUI%C7%D5ES%20DE%20ENSINO%20SUPERIOR.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- ARAGÃO, Júlio *et al.* Saúde mental em estudantes de medicina. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, Coruña, 2017. Disponível em: <https://revistas.udc.gal/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.14.2267/pdf>. Acesso em: 30 jul. 2021.

ARAÚJO, Kizi. Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/WsFDZrd9jDcnS5wNzCKRfSg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

AZEVÊDO, Eliane Elisa de Souza e. Avanços das ciências médicas e realizações científicas na Bahia de 1945 a 1964. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 1, p. 54-63, jan./jul. 2007. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/64/58>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Educação e propaganda sanitárias: desdobramentos da formação de um sanitarista brasileiro na Fundação Rockefeller. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1189-1202, out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/d7yB47JPJ9MXK7vLhhVP5Tm/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BORTOLANZA, Juarez. Trajetória do ensino superior brasileiro – uma busca da origem até a atualidade. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA, UNIVERSIDADE, DESENVOLVIMENTO, E FUTURO NA SOCIEDADE DO CONECIMENTO, 17., 2017, Mar del Plata. *Anais [...]*. Mar del Plata: [s. n.], 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/181204/101\\_00125.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/181204/101_00125.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior do Mec. *Inscritos no 2º Sisu 2020 já podem conferir se foram selecionados*. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/inscritos-no-2o-sisu-2020-ja-podem-conferir-e-foram-selecionados>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRIANI, Maria Cristina. O ensino médico no Brasil está mudando? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 73-77, set./dez. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v25.3-010>. Acesso em: 18 jul. 2021.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012. p. 885-910. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=670034&indexSearch=ID>. Acesso em: 18 jul. 2021.

CASTANHO, Maria Eugênia. Professores de ensino superior da área da saúde e sua prática pedagógica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 51-61, 2002. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2002.v6n10/51-61/>. Acesso em: 19 jul. 2021.

CONCEIÇÃO, Ludmila de Souza *et al.* Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. *Avaliação: revista da avaliação da educação superior*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 785-802, nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/9zHYTs6kMWr3rKTrsdz4W8k/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 30 jul. 2021.

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*, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CES-CNE-003-2014-06-20.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2021.

DIAS, Matheus Martins de Sousa *et al.* A Integralidade em Saúde na Educação Médica no Brasil: o estado da questão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 42, n. 4, p. 123-133, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/sz45FC3cYsvnnLGQLQcbXth/?lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2021.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. Da cátedra universitária ao departamento: subsídios para discussão. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 23., 2000, Caxambú. *Anais [...]*. Caxambú: ANPED, 2000. Disponível em: <http://23reuniao.anped.org.br/textos/1118t.PDF>. Acesso em: 16 jul. 2021.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. das origens à Reforma Universitária de 1968. *Educar em Revista*, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/yCrwPPNGGSBxWJcmLSPfp8r/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

FERREIRA, Camomila Lira *et al.* Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio Grande do Norte, v. 14, n. 3, p. 973-981, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9vk9JkNZyLX6PJF5RJKvZnq/?lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2021.

FORMIGLI, Vera Lúcia *et al.* Projeto político-pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 47, n. 3, p. 3-47, jan. 2010. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1081/1038>. Acesso em: 19 jul. 2021.

FRAGA, Manuel Dias da; SIANO, Lúcia Maria França. A ideia da universidade na reforma universitária de 1968. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 155-171, jul./set. 1991. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8945/7850>. Acesso em: 16 jul. 2021.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 57, p. 437-448, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SgvYjZrHVm94nXfkqrn6JRM/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 17 jul. 2021.

GONÇALVES, Maria Bernadete; BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 33, p. 482-493, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/JrXP6rK5zqSpWqXzZThx7dL/?lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2021.

GONÇALVES, Ernesto Lima. *O ensino médico e as escolas médicas no Brasil*. São Paulo: NUPES, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1991. Disponível em: <https://sites.usp.br/nupps/wp-content/uploads/sites/762/2020/12/dt9104.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MACHADO, Carolina; OLIVEIRA, José Maurício de; MALVEZZI, Edson. Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/V3H87bcLY94p5dMFXPqQFKd/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 9 jul. 2021.

MACHADO, Samuel Leones Monteiro *et al.* Ansiedade e depressão em estudantes de medicina. *Revista Saúde Multidisciplinar*, Mineiros, GO, v. 6, n. 2, p. 1-5, jan. 2019. Disponível em: <https://fampfaculdade.com.br/wp-content/uploads/2019/12/07-ANSIEDADE-E-DEPRESSA%CC%83O-EM-ESTUDANTES-DE-MEDICINA.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

MARIN, Maria José Sanches *et al.* Aspectos da Integração Ensino-Serviço na Formação de Enfermeiros e Médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 37, n. 4, p. 501-508, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/WyFmsqYRLr5rfpRn9JSTH8F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2021.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. da C.; MOTA, André (org.). *Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo: a Fundação Rockefeller e suas Articulações no Ensino, Pesquisa e Assistência para a Medicina e Saúde (1916-1952)*. São Paulo: USP, 2013. (Coleção Medicina, Saúde e História, v. 3). Disponível em: [https://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/3359/book\\_MOTA\\_Caminhos\\_e\\_trajetos\\_da\\_filantropia\\_cientifica\\_em\\_sao\\_paulo\\_VOL3\\_2013.pdf?sequence=1](https://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/3359/book_MOTA_Caminhos_e_trajetos_da_filantropia_cientifica_em_sao_paulo_VOL3_2013.pdf?sequence=1). Acesso em: 15 jul. 2021.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 8, n. 14, p. 21-32, set. 2003/fev.2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100003>. Acesso em: 18 jul. 2021.

MARTINS, Carlos Benedito. 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.

- MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio *et al.* Estratégias pedagógicas na educação médica ante os desafios da covid-19: uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 45, n. 1, p. 1-8, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/BB9TpJF7VSszhQRxbxfvBh/?lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2021.
- MOTA, André; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Poder médico e seus limites...: o exercício do aborto no limiar do século XX. *Revista USP*, São Paulo, n. 40, p. 138-148, 1999. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/28428/30286>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- NASCIMENTO, Pedro Menezes do; MARCIANO, Lilianny Franco. Reflexões sobre o processo de ensino à aprendizagem. *FABE em Revista*, Bertioga, v. 3, n. 3, p. 1-9, ago./out. 2012. Disponível em: <http://fabeemrevista.com.br/3/05.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- NEVES, Nedy M. B. C.; NEVES, Flávia B. C. S.; BITENCOURT, Almir G. V. O Ensino Médico no Brasil: origens e transformações. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 75, n. 2, p. 162-168, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/362/351>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- OLIVEIRA, Carlos Alberto de *et al.* Encontros e desencontros entre projetos pedagógicos de cursos de Medicina e Diretrizes Curriculares Nacionais: percepções de professores. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, n. 1, p. 1-15, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MCkxrgP8zBMkFYpYRs7LRBB/?lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2021.
- RIOS, David Ramos da Silva; CAPUTO, Maria Constantina. Para além da formação tradicional em saúde: experiência de educação popular em saúde na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 43, n. 3, p. 184-195, jul./set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/VyxrdWd8fvqsxR8RVbKgmh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- ROSA, Alice Reis. Currículo mínimo dos cursos de graduação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 20, n. 1, p. 1-48, jan./abr. 1996.
- SILVA, Caillan Farias. *Concepções de saúde e doença de discentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB*. 2019. Tese (Mestrado em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29721/1/DISSERTAC%cc%a7A%cc%83O%20Caillan%20Farias.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ROCHA, Marcelo Nunes Dourado. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1635-1646, jun. 2013. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v18\\_n6/15.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18_n6/15.pdf). Acesso em: 18 jul. 2021.

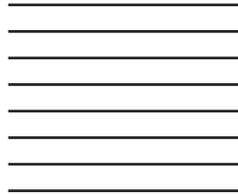
TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. 3. ed. Salvador: Edufba, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16773/1/memoria-historica-faculdade-medicina.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

VASCONCELOS, Pedro Fonseca de; TAGLIAFERRE, Rita de Cássia Silva; TELES, Mauro Fernandes. A construção de um currículo médico baseado na perspectiva da Andragogia: estamos no caminho certo? *Revista Pensar Acadêmico*, Manhuaçu, MG, v. 18, n. 4, p. 783-795, ago. 2020. Disponível em: <http://www.pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/1942/156>. Acesso em: 16 jul. 2021.

VERAS, Renata Meira; BAPTISTA, Carolinne Montes. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA): fatores de escolha dos estudantes ingressos. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 31, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/3wVD79Mv83zWWCjPbPKSPjm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2021.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/nmQnN5Q5RpqPWrdj5vHjwCf/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.





## 10

# O ENSINO DE ANATOMIA PARA O CURSO MÉDICO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

*Telma Sumie Masuko*  
*Lucas dos Santos Andrade*  
*Marion Alves do Nascimento*  
*Natália Contreiras Calazans*  
*Isabela Salzedas Vilela*  
*Adelmir de Souza Machado*

## INTRODUÇÃO

Tem sido registrado que o estudo da Anatomia Humana se iniciou 500 anos a.C. com Alcmeón de Crotona na Itália ao idealizar disseções em animais mortos e, em seguida, com o estudo clínico do ombro pela academia hipocrática. Na Roma Antiga, Galeno aprofundou o estudo de Anatomia Humana com disseções em humanos. (MALOMO; IDOWU; OSUAGWU, 2006) Nos séculos seguintes, o conhecimento da Anatomia avançou lentamente em virtude das proibições religiosas de estudos relacionados ao corpo humano.

Já nos anos 1700, a Anatomia encontrava-se defasada em Portugal em relação a outros países europeus. Frequentemente a prática de dissecação era proibida em Portugal, propiciando que centros distantes e colônias, com menor fiscalização, pudessem empreender, com maior facilidade, práticas não oficiais de estudo de cadáveres. (BELÉM, 2008; TALAMONI; BERTOLI FILHO, 2014)

Só a partir da segunda metade do século XVIII, com a contratação de médicos formados na Itália e França, para comporem as escolas lusitanas, que o ensino com cadáveres passou a ser realidade nas escolas portuguesas, substituindo os estudos em animais, o que permitiu o desenvolvimento da Anatomia Humana no país. (GUIMARÃES, 2008)

A transferência da corte portuguesa para o Brasil em 1808 propiciou a criação da Escola de Cirurgia da Bahia, sob forte influência do dr. José Correia Picanço, médico integrante da comitiva real. Correia Picanço era natural de Pernambuco, possuía título de licenciado em Cirurgia (Portugal) e de doutor em Medicina (França), tendo realizado aperfeiçoamentos em escolas francesas. Foi professor de Anatomia, “sua grande paixão”, na Universidade de Coimbra entre 1772 e 1790. (GUIMARÃES, 2008)

Seu grande mérito foi revolucionar o ensino da disciplina, usando cadáveres humanos, inclusive enfrentando corajosamente velhos preconceitos ditados e vigentes ainda como resquícios da Santa Inquisição. (GUIMARÃES, 2008)

A Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808 (Figura 1) criou a escola no Hospital Real Militar da Bahia, no imóvel que outrora sediara o Colégio dos Jesuítas, datado de 1553, no Largo do Terreiro de Jesus. Não haveria outro espaço mais simbólico para que fosse edificado o ensino médico no Brasil senão no antigo “Colégio onde o Brasil-Colônia tanto aprendeu a ler, escrever e rezar e depois, oficialmente, a curar”. (OLIVEIRA, 1992)

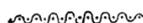
A escola de cirurgia deveria realizar a “instrução dos que se destinam ao exercício desta arte, tem commettido ao sobredito Cirurgião Mór a escolha dos Professores, que não só ensinem a Cirurgia propriamente dita, mas a *anatomia* como base essencial della, e a arte obstetricia, tão útil como necessaria”. (BRASIL, 1891, grifo nosso) Assim, em 23 de fevereiro de 1808, foram designados o cirurgião português, José Soares de Castro, para lecionar a cadeira da Anatomia e das Operações Cirúrgicas, e o cirurgião Manoel José Estrella, nascido no Rio de Janeiro, para o ensino de Cirurgia, ambos lotados no Hospital Real Militar da Bahia. (PEREIRA, 1923)

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

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

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

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



**Figura 1** – Decisão do príncipe regente d. João VI, de 18 de fevereiro de 1808, que manda criar uma Escola de Cirurgia no Hospital Real Militar, Bahia  
Fonte: Brazil (1808).

O curso tinha duração de quatro anos e das cadeiras eram assim distribuídas: no primeiro ano, Anatomia e as Operações Cirúrgicas; no segundo ano, Elementos de Fisiologia; no terceiro ano, Elementos de Patologia; e no quarto ano, Clínica Cirúrgica Especulativa e Prática. (BELÉM, 2008)

Nessa época, o ensino médico era bem rudimentar e consistia em lições teóricas de Anatomia Humana pelo prof. Castro e em Elementos de Fisiologia, Patologia e Clínica pelo prof. Estrella. Para ingressar no curso Cirúrgico, o praticante (nome dado aos estudantes) deveria possuir o conhecimento da língua francesa e pagar pela matrícula 6.400 réis (PEREIRA, 1923) ao seu lente (nome dado ao professor na época, do termo latino *legente*, “que lê”).

O prof. Castro identificou a necessidade de um livro prático para o estudo de seus alunos e escreveu compêndios sobre a Anatomia, dentre as quais destaca-se *Elementos de Osteologia Practica* (1812), primeiro livro de Medicina produzido na Bahia, seguidos pelas obras nas áreas de Myologia (1813), Angiologia (1814), Nevrologia (1815) e Spalchnologia (1829), que posteriormente foram reunidos em um tratado de Anatomia (AIRES NETO, 1948; CASTRO, 1969), todos produzidos na tipografia de Manuel Antônio da Silva Serva, localizada nas proximidades da escola, no atual bairro do Comércio.

Apesar dos esforços, não havia meios adequados para o ensino da Anatomia. Os primeiros oito anos da faculdade foram marcados por precariedades e limitações, tanto que era frequente o aperfeiçoamento dos alunos na Europa. (SANTOS, 1905) As dificuldades relatadas não eram poucas, porém o progresso do ensino da disciplina foi crescente.

Foi em 1816 que, por empréstimo do Hospital Militar, o colégio de cirurgia teve os primeiros instrumentos para a dissecação de cadáveres. (SANTOS, 1905) Esse “empréstimo de ferros velhos para a anatomia”, associado a reforma curricular de 1815 (Carta Regia de 29 de dezembro de 1815) propiciou avanços significativos no ensino médico (Figura 2). Esta primeira reforma foi baseada no plano de autoria do médico da Real Câmara honorário Manoel Luiz Alvares de Carvalho, que já havia sido adotado desde 1813 pela Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, transferindo as aulas do Hospital Real para a Hospital da Santa Casa de Misericórdia. (BRASIL, 1890)

A Escola de Cirurgia da Bahia passou a ser chamada de “Academia” ou “Colégio Médico Cirúrgico da Bahia” (FORTUNA, 2014) e o curso médico passou de quatro para cinco anos, aumentando o número de professores e com a criação de novas cadeiras, que estavam assim distribuídas: no primeiro ano, Anatomia Geral; no segundo ano, Anatomia e Fisiologia; no terceiro ano, Higiene, Etiologia, Patologia e Terapêutica; no quarto ano, Instruções Cirúrgicas e Operações; e no quinto ano, Clínica Médica e Obstetrícia. (PEREIRA, 1923) Para o candidato se matricular era preciso saber ler e escrever no primeiro ano e era exigido o exame da língua francesa no segundo ano. (TORRES, 1946)

O Colégio Médico Cirúrgico da Bahia não realizou nenhuma graduação (colação de grau) no período de 1822 até 1824, sendo que nos dois primeiros anos isso ocorreu devido à guerra pela Independência do Brasil e, em 1824, por não ter tido cadáveres disponíveis para a realização dos exames práticos. (FORTUNA, 2014)

Em 1828, o professor Jonathas Abbott, formado nesta escola, foi promovido a lente proprietário da cadeira de Anatomia Geral e Descritiva na vaga do dr. José Soares de Castro. (SANTOS, 1905) Ao longo da sua carreira docente, Abbott introduziu a prática de dissecação de cadáveres humanos no ensino médico nacional, fundou o primeiro museu anatômico brasileiro e o Gabinete de Anatomia (1836) da faculdade. (AIRES NETO, 1948)

Em 1829 houve o registro da existência de um anfiteatro de disseções e operações situados num quarto escuro, na enfermaria mais baixa do hospital da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. (SANTOS, 1905) As despesas para as disseções chegavam a ser cotizadas entre os alunos e, por vezes, eram eles os responsáveis por transportar os cadáveres do depósito para as mesas de trabalho. As disseções também ocorriam nos feriados, visando aproveitar os cadáveres que rápido se decompunham, em virtude do clima tropical da cidade. (SANTOS, 1905)

CARTA RÉGIA — DE 29 DE DEZEMBRO DE 1815

Crêa um curso completo de Cirurgia na Cidade da Bahia, e manda executar nelle provisoriamente o plano dado para o curso desta Côrte.

Conde dos Arcos, Governador e Capitão General da Capitania da Bahia. Amigo. Eu o Príncipe Regente vos envio muito saudar como aquelle que amo. Sendo-me presente o quanto são limitados os principios de Cirurgia que se adquirem pelas lições das materias proprias das duas cadeiras estabelecidas nessa Cidade, para que delles se possam esperar habeis e consummados professores, que pelos seus conhecimentos theoricos e praticos mereçam o conceito publico, e se empreguem utilmente no restabelecimento da saude do povo, que não pode deixar de fazer um dos principaes objectos do meu real e paternal desvelo para promover a cultura e progresso de tão importante estabelecimento: hei por bem crear um curso completo de Cirurgia nessa Cidade, á semelhança do que se acha estabelecido por Decreto do 1º de Abril de 1813 nesta Capital, segundo o plano que mandei formar por Manoel Luiz Alvares de Carvalho, do meu Conselho, Medico da minha Real Camara honorario, e Director dos estudos de medicina e cirurgia nesta Côrte e Reino do Brazil, e que com esta vos envio, assignado pelo Marquez de Aguiar, do meu Conselho de Estado, e Ministro e Secretario de Estado dos Negocios do Brazil, para servir interinamente de Estatutos do referido curso, emquanto se não publicam outros mais amplos, cujas lições se davam no Hospital da Santa Casa da Misericordia, por concorrerem ahi para as experiencias e operações enfermos e cadaveres de ambos os sexos, e de todas as idades, transferindo para alli as aulas que estiverem no Hospital Militar, as quaes fareis collocar em casas sufficientes com os precisos arranjos, que escolhereis de accordo com o Provedor da mesma Santa Casa, sendo encarregado da limpeza dellas um Porteiro, que nomeareis, e que tambem servirá de Continuo, e apontará as faltas dos estudantes, vencendo de ordenado 250\$000, além de 320 réis que poderá levar a titulo de emolumentos aos estudantes por cada certidão de frequencia que lhes passar. O que assim cumprireis com o zelo e intelligencia que costumais empregar no meu real serviço. Escripta no Palacio do Rio de Janeiro em 29 de Dezembro de 1815.

PRINCIPE.

Para o Conde dos Arcos.

Plano dos estudos de cirurgia a que se refere o Carta Régia de 29 de Dezembro de 1815

**Figura 2** – Carta Régia de 29 de dezembro de 1815, com reforma curricular do curso para cinco anos  
Fonte: Brazil (1890).

A lei de 3 de outubro de 1832 (Figura 3) apresentou novas adaptações ao ensino médico, passando a ter duração de seis anos, com 14 cadeiras ministradas por 14 lentes e 6 substitutos, fazendo com que o ensino teórico melhorasse consideravelmente, mas apresentando ainda deficiência na parte prática do curso. A Anatomia ocupou duas cadeiras, sendo a primeira Anatomia Geral e Descritiva e a segunda, Anatomia Topográfica, Medicina Operatória e Aparelhos. Estas cadeiras passaram a ser ministradas no segundo ano e no terceiro ano do curso, compreendendo a Anatomia Geral (atual Histologia) e a Anatomia Descritiva (atual Anatomia dos Aparelhos e Sistemas) e no quinto ano do curso, a Anatomia Topográfica, Medicina Operatória e Aparelhos (atual Técnica Operatória e Cirurgia Experimental). (BRASIL, 1874)

dade, comprehendendo as Lagôas do Jorge, Taperi, e Acaracuzinho, subindo pela estrada até encontrar a estrada que sahe de Pitaguari para Maranguape, d'ahi em rumo ás nasconças do riacho Pitaguari, á Serra de Manoel Dias, até encontrar com o termo da villa de Baturité, comprehendendo as serras do Bú, Torre, Papara, Rato, Limão, Columinjuba, Piranhas, e Cachoeira; ficando todas as raías nomeadas inclusive para Mecejana.

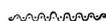
Pedro de Araujo Lima, do Conselho de Sua Magestade Imperial, Ministro e Secretario de Estado dos Negocios da Justiça, o tenha assim entendido, e faça executar com os despachos necessarios. Palacio do Rio de Janeiro em dez de Setembro de mil oitocentos trinta e dous, undecimo da Independencia e do Imperio.

FRANCISCO DE LIMA E SILVA.

JOSÉ DA COSTA CARVALHO.

JOÃO BRAULIO MONIZ.

*Pedro de Araujo Lima.*



#### LEI— DE 3 DE OUTUBRO DE 1832.

Dá nova organização ás actuaes Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia.

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

#### TITULO I.

##### *Das Escolas, ou Faculdades de Medicina.*

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

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

**Figura 3** – Lei de 3 de outubro de 1832, que dá nova organização às Academias Médico-Cirúrgicas das cidades do Rio de Janeiro e Bahia, com reforma curricular e ampliação do curso médico para seis anos  
Fonte: Legislativo ([1832]).

O ensino da Anatomia Descritiva era dividido em quatro grupos: locomoção (Osteologia, Artrologia e Miologia); nutrição (aparelhos digestivo, urinário, respiratório e circulatório); reprodução (aparelhos genitais); e sensação (aparelhos dos sentidos, objeto da Estesiologia, o eixo cérebro-espinhal e nervos sob a denominação de Nevrologia). (PEREIRA, 1866)

Apesar da escola médica do Rio de Janeiro ter sido criada alguns meses após a escola baiana, em abril de 1808, narra-se o descaso do Império com a escola baiana em vários episódios, em que privilegiava a sua escola-irmã carioca. Conta-se que o prof. Abbott solicitou a aquisição de um modelo em tamanho real, elaborado em papel machê pelo médico francês dr. Auzoux (Figura 4). O pleito teria sido aprovado pelo governo imperial, mas o modelo fora entregue na escola do Rio de Janeiro. Somente em 1849, após mais de dez anos de insistência, a escola da Bahia conseguiu ter uma dessas “preciosidades científicas” da época, após encomenda e pagamento pela própria faculdade. (SANTOS, 1905)



**Figura 4** – Estátua anatômica do dr. Auzoux. Faculdade de Medicina do Chile, Valenzuela, 2015  
Fonte: Valenzuela (2015, p. 394).

( 195 )

DECRETO N.º 1.387 de 28 de Abril de 1854.

*Dá novos Estatutos às Escolas de Medicina.*

Usando da autorização concedida pelo Decreto N.º 714 de 19 de Setembro de 1853 : Hei por bem que nas Escolas de Medicina do Imperio se observem os Estatutos, que com este baixão, assignados por Luiz Pedreira do Coutto Ferraz, do Meu Conselho, Ministro e Secretario d' Estado dos Negocios do Imperio, que assim o tenha entendido, e faça executar. Palacio do Rio de Janeiro em vinte e oito de Abril de mil oitocentos cinquenta e quatro, trigesimo terceiro da Independencia e do Imperio.

Com a Rubrica de Sua Magestade o Imperador.

*Luiz Pedreira do Coutto Ferraz.*

*Estatutos para as Faculdades de Medicina, a que se refere o Decreto desta data.*

### TITULO I.

#### De sua organização.

#### CAPITULO I.

##### *Da instituição das Faculdades.*

Art. 1.º As actuaes Escolas ou Faculdade de Medicina continuarão a denominar-se — Faculdades de Medicina — designando-se cada huma pelo nome da Cidade em que tem assento.

Art. 2.º Cada Faculdade será regida por hum Director, e por huma Junta composta de todos os Lentes, a qual se intitulará — Congregação dos Lentes —

**Figura 5** – Decreto nº 1.387, de 28 de abril de 1854. Dá novos Estatutos às Escolas de Medicina  
Fonte: Brazil (1854).

O estudo da Anatomia encontrava-se subordinada a outras áreas, em particular a Patologia e Medicina Cirúrgica. O Decreto nº 1.387, de 28 de abril de 1854 (Figura 5), apresentou reformas curriculares, nas quais o ensino da “Anatomia Descritiva” com demonstrações anatômicas era dado no primeiro ano médico e introduzindo a dissecação no currículo médico no segundo ano. Ainda, determinou que o lente de Anatomia deveria preparar os esqueletos necessários para o gabinete, assim como as peças anatômicas de difícil dissecação. (BRASIL, 1854)

Em 1858 o gabinete anatômico possuía quase 300 preparações, muitas das quais preparadas pelos próprios alunos, além de fósseis e peças de vários animais (SEQUEIRA, 1859), passando a ser referido como gabinete de Anatomia Comparada em 1860. (BOMFIM, 1861)

O imperador d. Pedro II, em visita à província da Bahia, assistiu a uma aula de Anatomia em 11 de outubro de 1859, proferida pelo ilustre prof. Abbott, tendo inclusive percorrido o Gabinete de Anatomia, tecendo elogios sobre este, conforme registrado em seu diário:

Às 8 estava na Escola de Medicina assistindo, até às 9, a lição de Jonathas Abbott que me pareceu falar muito bem sobre a aorta e suas principais ramificações, sobre o cadáver de uma parda, que já fedia, incomodando-me um pouco o espetáculo, a que assistia pela primeira vez. Comparei então o busto [*sic*] com o cadáver de Auzoux que tinha perto de mim e admirei a perfeição da arte. No gabinete anatômico há outras peças principalmente para a cadeira de obstetrícia, da mesma natureza.

O [GABINETE] anatômico, todo preparado pelo Abbott e discípulos, é digno de ver-se. Há esqueletos de variados animais, e até de um camelo, que morreu aqui, e de anta, sobressaindo, pelo bem-preparado, uma árvore de esqueletos de beija-flores. O esqueleto do tucano parece mostrar que a cabeça e bico reunidos pesam mais que o resto do corpo. Há um crânio do vigário da Conceição da Praia, Manuel Dendebus, que prestou serviços [à Independência], o qual é notável pelo intervalo entre duas falhas dos ossos crânicos, causando duas notáveis protuberâncias supraorbitais, que Dr. Abbott atribui a ter ele morrido envenenado. O queixo inferior adianta-se tanto, que o Dr. Abbott disse que o cônego nunca lhe pudera morder o dedo com os incisivos. (BEDIAGA, 1999, p. 13)

Nesse período, o ensino da Anatomia na Faculdade de Medicina estava em seu apogeu. Possuía um professor no auge da carreira, um museu de Anatomia Comparada com muitas preparações e modelos anatômicos, considerado o mais importante do país em seu tempo (OLIVEIRA, 1992), sala de dissecação apropriada para o período, com muitos instrumentos e cadáveres sobre as mesas, além de tentativas rudimentares de conservação de cadáveres. (SILVA, 1862)

O prof. Abbott aposentou-se após 36 anos de cátedra (1861) e relevantes contribuições para a expansão da Anatomia. O prof. Adriano Alves de Lima Gordilho assumiu a cadeira de Anatomia Descritiva, em 1862, e assegurou práticas de dissecação executada por alunos. (PINTO, 1865)

Deveu-se ao prof. Gordilho a primeira execução de um processo de conservação de cadáveres na faculdade. Após licença de cinco meses para viagem à Europa, retornou e realizou em 21 de outubro de 1867 uma preparação especial aprendida em sua viagem e, em 10 de novembro do mesmo ano, o projeto, avaliado por pares, foi apresentado na reunião da congregação, que declararam: “achar-se o cadáver em perfeito estado de conservação”. Em fins de dezembro, “notava-se queda da epiderma em alguns pontos, se bem que ainda ele se achasse bem conservado” e em princípios de fevereiro de 1868, “observamos que os tecidos moles se haviam dessecado de maneira que o cadáver estava quasi amumiado”, concluindo pela vantagem do processo, já que antes da inutilização, o cadáver se prestaria a muitas dissecações. (SAMPAIO, 1868)

Apesar do interesse pela Anatomia, o prof. Gordilho candidatou-se para assumir a cadeira de Clínica Externa em 1866 (OSORIO, 1867), vindo a tornar-se catedrático de Obstetrícia em 1875, até seu jubramento (aposentadoria) em 1890.

Em 11 de junho de 1876, o prof. Augusto Gonçalves Martins toma posse da cadeira de Anatomia Descritiva (SANTOS, 1877), mesmo período em que o Gabinete de Anatomia Comparada estava em decadência: “a poeira e as teias de aranha cobrem aqueles preciosos esqueletos que são documentos vivos da aplicação e do trabalho dos alunos de outras eras e do zelo e atividade do professor sagrado [Abbott]”. Entre os fatores, destaca-se o fato de o estudo das ciências naturais estar em crise na época, sobretudo pela difusão do darwinismo na Bahia, ideologia fortemente atacada pela imprensa religiosa. (SANTOS, 1877) Infelizmente, não se sabe qual teria sido o destino deste museu anatômico. (TEIXEIRA, 2001)

O número insuficiente de professores e sobrecarga de carga horária, concorreram para a realização de cursos livres (optativos e particulares) de Anatomia Descritiva, sobretudo a partir de 1879 (CARVALHO FILHO, 1909), como os ministrados pelos professores Climério de Oliveira, Manoel de Assis Souza e Joaquim Macedo d’Aguiar, Alexandre Affonso de Carvalho em 1879, José Pedro do Souza Braga em 1879 e 1881 (CALDAS, 1882; MELLO, 1880) e Domingos Alves de Mello em 1892. (REBELLO, 1982)

Também nesse período, a falta de cadáveres para estudos e dissecação começa a ser uma preocupação na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB). (SANTOS, 1877) Os cadáveres eram fornecidos por um hospital de cerca de 300 doentes, muitas vezes havendo carência deles para os estudos anatômicos. (PEREIRA, 1883a) Apesar das diversas técnicas disponíveis, com injeções de substâncias antissépticas a base de glicerina e álcool (PEREIRA, 1883a), o custo oneroso pode ter sido um fator limitante na época.

Em 1882, Alexandre Affonso de Carvalho assumiu a cadeira de Anatomia Descritiva, no ano em que a faculdade recebeu doação de peças anatômicas preparadas de feto e adultos e centenas de preparados microscópicos. (PEREIRA, 1883b) Também em 1882, a reforma da estrutura física da escola foi aprovada e os antigos anfiteatros de Anatomia e o Gabinete Abbott seriam mais tarde substituídos por dois pavilhões, voltados para o grande pátio interior da faculdade. Conforme a descrição do projeto, o pavilhão anatômico seria:

[...] o primeiro pavimento à esquerda, separado do depósito dos cadáveres por um baldio de 3 metros e 5 de largo, terá um pavimento terreo ladrilhado de mármore para a sala de dissecações, *onde podem caber dezeseis grandes mesas também de mármore com dous metros de comprimento para um, e dez de largura.* O segundo pavimento será dividido em duas metades de 10 metros de comprimento para 8 e 70 de largo, isto é, de 100 metros

quadrados cada uma, na primeira das quaes ficará installado o museu de anatomia, emquanto que na outra funcionará o amphitheatro da mesma sciencia. (PEREIRA, 1883b, p. 38, grifo nosso)

A construção dos prédios foi iniciada em 1883 e concluído em 1889 (BRITTO, 2006), compondo o conjunto de anfiteatros, formado de grandes salões, onde as aulas de Anatomia eram ministradas: em um realizava-se as aulas práticas e no outro, as aulas teóricas. (TEIXEIRA, 2001)



**Figura 6** – Pavilhão Carneiro de Campos (à esquerda) e Barão de Itapoã (à direita): o primeiro com sala de Anatomia e o último com anfiteatro. Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus, início do século XX  
Fonte: acervo do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia (IGHB).<sup>1</sup>

O prof. José Carneiro de Campos assume a cátedra de Anatomia Descritiva em 1895 (CARVALHO FILHO, 1909) em virtude do falecimento do prof. Carvalho “no edifício da Faculdade, quando se preparava para dar a sua aula”, conforme anunciado no obituário da *Gazeta Médica da Bahia* do mesmo ano (1895).

Apesar da estrutura moderna e recém-inaugurada, o prof. Nina Rodrigues revelou algumas deficiências da cadeira de Anatomia: cadáveres insuficientes (29 durante todo o ano), muitos em estado de não poderem ser aproveitados por esta-

1 Disponível em: <http://www.ighb.servclt.com.br/phl83/dadosexternos/arqimg/FOT.2008.jpg>.

rem em putrefação. Na sequência, o mestre interroga: “Diante de uma Faculdade de Medicina em que não existe estudo pratico de Anatomia, o que valem os gabinetes e laboratorios repletos de aparelhos, principal mira da organização do ensino pratico entre nós? [sic]”. (RODRIGUES, 1897, p. 10-11)

Nina também lamentou a ausência de utilização rotineira das injeções conservadoras para ampliarem o tempo útil dos cadáveres e, com isso, coadjuvarem no ensino prático de Anatomia. (BRITTO, 2006)

Uma nova reforma acadêmica no ensino médico foi aprovada em 1901. (BRASIL, 1901) A cadeira de Anatomia Descritiva foi desmembrada. A primeira cadeira de Anatomia Descritiva compreendia o estudo da Osteologia, da Artrologia e da Miologia, realizado no primeiro ano do curso médico, ministrada pelo professor substituto, enquanto a segunda cadeira, dedicava-se ao estudo da Angiologia, da Nevrologia o da Esplancnologia, realizado no segundo ano do curso médico, ministrada pelo lente catedrático de Anatomia Descritiva. (RAMOS, 1903) A Anatomia Descritiva passa a ser denominada de Anatomia Humana. (BRASIL, 1901)

Também no acender das luzes do século XX, os métodos de fixação de cadáveres a partir de injeções de formol foram introduzidos na FMB. O novo método de conservação fez suprir a carência histórica de cadáveres para estudos, conforme comentado em carta do professor da cadeira de Anatomia Descritiva na época, José Carneiro de Campos. (CARVALHO, 1904)



**Figura 7** – Sala de Anatomia da Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus, início do século XX  
Fonte: acervo da FMB.



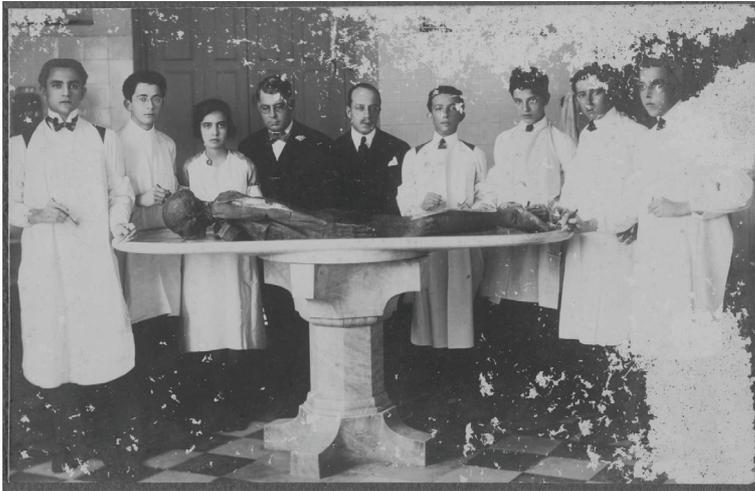
**Figura 8** – Sala de Anatomia da FMB, Terreiro de Jesus, com três esqueletos franceses emoldurados (canto esquerdo) e balde pendurado ao teto, para infusão de substâncias conservadoras em cadáveres, início do século XX  
Fonte: arquivo histórico Theodoro Sampaio do IGHB.<sup>2</sup>

As teses, livros e o ensino de disciplinas essenciais tais como Anatomia Descritiva tiveram continuidade no início do século. Diversas teses e livros foram apresentados à época e somaram-se ao acervo da faculdade: *Anatomia Descritiva dos Dentes Humanos* e *Anatomia Médico Cirúrgico do Antro Maxilar* de autoria do dr. Antônio Ignácio de Menezes, livre docente da cadeira de Anatomia Descritiva; *Esboços anatomicos. Contribuição ao estudo dos Nervos Intercostaes* e a tese *Breves considerações sobre a região temporal* do dr. Alvaro Froes da Fonseca foram alguns destes exemplos. (FORTUNA, 2014)

Já em 1925, ocorre uma nova reorganização no ensino médico. As cadeiras de Anatomia Descritiva foram fundidas e passaram a constituir apenas uma cadeira, ministrada apenas no primeiro ano do curso médico (BRASIL, 1926), novamente desmembradas em duas cadeiras, conforme regimento interno de 1929, e em 1931, o nome da disciplina foi simplificado para Anatomia. (FORTUNA, 2014)

O prof. Eduardo Diniz Gonçalves foi nomeado catedrático da primeira cadeira de Anatomia em 1919, substituindo o prof. Campos. Já a segunda cadeira foi ocupada pelo prof. Raphael de Menezes Silva em 1927, tornando-se o mais jovem professor catedrático concursado da faculdade, com apenas 27 anos. (JACOBINA, 2013)

<sup>2</sup> Disponível em: <http://www.ighb.servclt.com.br/phl83/dadosexternos/arqimg/FOT.2009.jpg>.



**Figura 9** – Alunos durante prática de dissecação de cadáver em aula de Anatomia, com o professor e seus alunos, entre eles Nise da Silveira e Arthur Ramos (à sua esquerda), Faculdade de Medicina da Bahia, década de 1920

Fonte: Biblioteca Digital Luso-Brasileira.<sup>3</sup>

Indubitavelmente, a iniciação do estudante pela cadeira de Anatomia traria algumas surpresas e desconfortos: conteúdos extensos da disciplina, exigência dos professores, a presença do cadáver (despido em uma mesa), livros em línguas francesa, espanhola e inglesa para leitura aprofundada, paralelamente as obrigações das demais cadeiras básicas.

Para quem estuda medicina, a Anatomia é o primeiro grande espantinho. Pela dificuldade da matéria cujo ensino é feito mais à base de memória; pelo trato com o cadáver; por tudo. Na Bahia havia, a mais, a meter medo, o mestre. (SANTOS, 1978, p. 27)

A Anatomia representava um motivo de preocupação dos jovens que aspiravam a carreira de médico. Em seu aprendizado, as extensas descrições, as referências topográficas, as complexidades do sistema nervoso e as exigências dos Professores Rafael de Menezes Silva e Eduardo Diniz Gonçalves, eram dificuldades a transpor. O Professor Rafael Menezes, soubemos, ser muito exigente, sendo o número de aprovados mínimo em relação ao de frequentadores do curso. (FALCÃO, 2007, p. 39)

E o livro em que estudávamos era o Testut, de quatro volumes. Hoje, fala-se num Testut pequeno, traduzido; no nosso tempo, não, era o Testut

3 Disponível em: <https://bdlb.bn.gov.br/acervo/handle/20.500.12156.3/431122>.

grande. Quatro volumes em francês, ainda não traduzidos para o português, ou para o castelhano. (SANTOS, 1978, p. 28)

O ritual de ensino seguia as normas adotadas para cada período. Algumas passagens pictóricas foram interessantemente descritas, tais como a entrada do professor catedrático na sala de aula, o método de anotação de alunos ausentes, a bibliografia utilizada e o elevado índice de reprovação na disciplina de Anatomia. Abaixo, relatos acerca do ensino da anatomia pelos professores Diniz e Menezes:

Suas aulas obedeciam a um ritual solene. O Professor [Menezes] era precedido pelos assistentes, Milton de Uzeda Vilela e Ofélia Gaudenzi, os quais anotavam as cadeiras que estavam vazias. As cadeiras eram numeradas de modo bem visível. Depois entrava o mestre, com imponência e majestade. Os alunos se levantavam, e aguardavam a ordem para retornar aos seus assentos. O professor cumprimentava os discípulos e iniciava a aula reproduzindo Testut e outros luminares da anatomia. (LEITE, 2011)

E [o professor Diniz] tinha também uma admirável memória visual. Na aula seguinte, ele sabia quem faltou à anterior, e ia direto ao faltoso, com uma pergunta, sempre difícil: se a resposta não vinha pronta desenhava na caderneta, na página do estudante, um zero que dava para ser visto lá do assento mais alto do anfiteatro. (SANTOS, 1978, p. 28-29)

Em suas memórias, o prof. Milton de Uzêda Villela, que mais tarde viria a tornar-se sucessor da cadeira de Anatomia, narrou suas impressões acerca dos primeiros contatos com a Anatomia:

Aqueles momentos de tão alta significação tinham como cenário principal a ampla, clara, ventilada e suntuosa Sala de Dissecção, onde sobre algumas de suas lindas mesas trabalhadas em mármore italiano, ficavam estendidos os cadáveres, inteiros ou mutilados, daqueles heróis anônimos que iriam servir para que nos fossem dadas as aulas práticas ou para os nossos trabalhos de dissecção. Completando o quadro, ao lado, estava o modesto, sério e respeitável Anfiteatro Barão de Itapoã; onde eram ministradas às manhãs de segundas, quartas e sextas, as aulas teóricas, pelo saudoso Prof. Eduardo Diniz Gonçalves, catedrático da 1ª Cadeira de Anatomia Humana. Dono de uma personalidade aparentemente hostil, possuía na realidade excelentes qualidades humanas e um coração muito bondoso [...]. Penetrava nesse Anfiteatro, vestindo um alvo guarda-pó, tendo numa das mãos a caderneta dos alunos, fazendo-se acompanhar pelas figuras humildes e obedientes dos seus dois funcionários de Gabinete mais velhos, Crispim e Florêncio, um deles conduzindo numa grande bandeja, os

ossos que serviriam de assunto para a aula do dia. (VILLELA, 1978 apud JACOBINA, 2013, p. 52)

O prof. Eduardo Diniz aposentou-se em 1946, sendo homenageado com a concessão do título de professor emérito em 1947 (JACOBINA, 2013), grande honraria entre os mestres. Já Raphael de Menezes recebeu o título posteriormente (1978). Não se tem o registro escrito de seu discurso quando da concessão do título, mas sabe-se que fora grandioso, assim como fora o insigne educador:

Início imaginando o que teria dito o mestre Raphael Menezes [...] ao receber o título de professor Emérito. Infelizmente não se tem memória documentada de seu discurso em tão nobre ocasião. E isso provavelmente se deve ao fato de que, certamente, ele não teria sido escrito para ser lido, pois houve um tempo em que a oratória era um atributo cultivado nos meios acadêmicos, e falar bem e de improviso constituía, ao lado do bem escrever, um elemento caracterizador da missão de mestre. (ARAÚJO, 2004, p. 12)

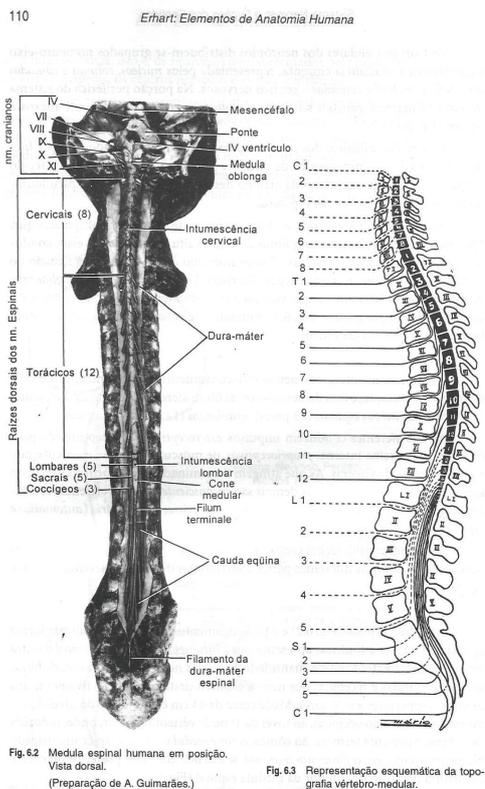
Entre os discípulos do prof. Eduardo Diniz, destacam-se os professores Audemaro Silvino Pinto Guimarães e Aldemiro José Brochado, que se “projetaram pela excelência dos trabalhos anatômicos que produziram”. (TEIXEIRA, 2001, p. 108-109)

Doutor Roberto Figueira Santos, aluno da Faculdade de Medicina na década de 1940, descreve os professores Guimarães e Brochado como “verdadeiros artistas da dissecação anatômica”, além de narrar sua experiência enquanto aluno de Anatomia na época:

Voltemos ao que foi o começo da minha formação médica, na década de 40. Para começar, o 1º ano era desastroso. Apenas duas disciplinas morfológicas, a Anatomia e a Histologia. As peças anatômicas vinham prontas para as aulas e as lâminas para o estudo da Histologia eram escassas. Havia, entre as equipes de ensino de Anatomia, dois mestres, dois verdadeiros artistas da dissecação anatômica: os professores Audemaro Guimarães e Aldemiro José Brochado. Eu esperava um novo patamar, uma diferença qualitativa entre o ensino secundário e o superior, mas a metodologia era a mesma, sem nenhum estímulo à participação ativa do estudante. Nas aulas e para as provas, os alunos não faziam outra coisa senão memorizar o que estava nos livros de textos franceses – predominavam o tratado de Testut para a Anatomia e o compêndio de Prennant para a Histologia. Nada mais inútil, mais chato, mais desmotivador, mais atrasado. Nos anos seguintes, ouvíamos algumas aulas teóricas que chegavam a ser brilhantes, como as dos professores Aristides Novis e Edgard Pires da Veiga, e os livros de textos eram menos áridos do que os das ciências morfológicas do 1º ano. (SANTOS, 2008, p. 59)

O prof. Guimarães, carinhosamente chamado de “Bororó”, prestou concurso e foi nomeado livre docente em Anatomia Humana pela FMB em 1928. Foi cate-drático interino, durante períodos de impedimento do professor Menezes e mais tarde alcançou o título de catedrático. (FORTUNA, 2014) Durante sua carreira foi reconhecido por ser um exímio dissecador. Em 1953 dissecou uma medula, o que garantiu uma bolsa de estudos no museu de Anatomia da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). (JACOBINA, 2013) Essa medula dissecada ser-ve como ilustração no livro de Anatomia do dr. Eros Abrantes Erhart. (WATANABE, 2009) Uma preparação similar encontra-se em exposição permanente no Laboratório de Anatomia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Guimarães atuou no ensino da Anatomia até sua aposentadoria compulsória em 1968.

[...] O Prof. Audemaro Guimarães – e não Audemário como muitos escre-vem – foi um anatomista famoso – que, ao invés da maioria dos professores da época, meros repetidores dos tratados clássicos, ensina objetivamente através de esplêndidas peças, preparadas com invulgar maestria e benedi-tina dedicação. (MAGALHÃES NETTO, 1987 apud JACOBINA, 2013, p. 115)



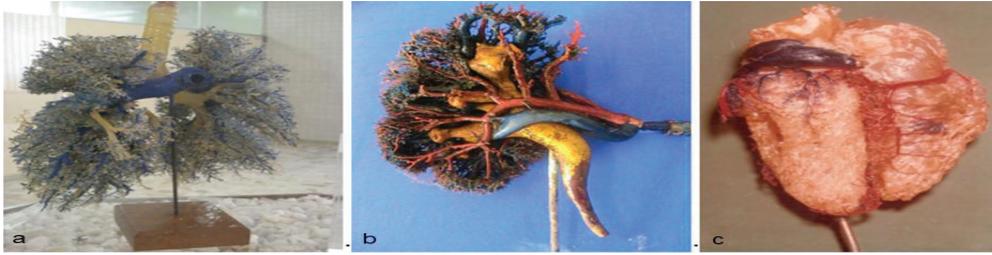
**Figura 10** – Medula espinal humana em posição dorsal. Preparação do professor Audemaro Guimarães (1953) Fonte: Erhart (1974, p. 110).

Já o prof. Brochado foi nomeado catedrático interino de Anatomia da Faculdade de Medicina em 1937, dois anos após aprovação em concurso para livre docente. Além de médico (1932), graduou-se em Odontologia (1951), pela então Universidade da Bahia. Tornou-se catedrático de Anatomia da Escola de Belas Artes (1959) e catedrático de Anatomia da Faculdade de Odontologia (1961) da Universidade da Bahia. (ALMEIDA JUNIOR et al., 2015)



**Figura 11** – Professor Aldemiro José Brochado (de branco). Porta do Laboratório de Anatomia da antiga Faculdade de Medicina, Terreiro de Jesus, 1953  
Fonte: acervo pessoal de Erasmo de Almeida Júnior.

Brochado foi o introdutor do uso de técnica acrílica em peças anatômicas na Bahia (FORTUNA, 2014), responsável pela restauração da cabeça do cangaceiro Lampião e Maria Bonita e criador de inúmeros preparados anatômicos, muitos dos quais com recursos próprios (ALMEIDA JUNIOR, 2013), e hoje espalhados por várias instituições de ensino do país.



**Figura 12** – Preparações de modelos anatômicos feitas com a técnica de repleção de vasos e ductos com resina acrílica autopolimerizável e posterior corrosão produzidas pelo professor Brochado  
a) Molde vascular e da traqueia e árvore brônquica, exposta na sala da congregação do ICS;  
b) Molde vascular do rim e ureter; e c) Vascularização do coração (1971).  
Fonte: acervo pessoal de Erasmo de Almeida Júnior.

Não obstante, o ensino da Anatomia constituiu-se em exemplo contestador e combatente, a despeito das críticas de alunos aos métodos empregados. A regularidade das aulas, a postura dos docentes e as obrigações de estudo árduo e sério, aliada a experiência com o aprendizado de algo novo e diferente, despertavam o interesse e a responsabilidade dos estudantes, recém-ingressos, no curso de Medicina.

Os assistentes da cadeira eram descritos como assíduos e competentes; cabia a eles a apresentação de material anatômico, as revisões e os estudos detalhados e atividades de dissecação junto aos alunos mais interessados.



**Figura 13** – Professora Ophelia Britto Gaudenzi, assistente da cadeira de Anatomia entre 1939 e 1956  
Fonte: Ophelia... ([201-]).

Entre os assistentes da cadeira de Anatomia, destaca-se a profa. Ophelia Britto Gaudenzi, aprovada e nomeada para o cargo em 1939. As fontes consultadas apontam que Gaudenzi foi a primeira mulher a lecionar, ainda que na condição de assistente, a Anatomia Humana na FMB. A partir de 1956, entretanto, dedicou-se a Bioquímica até sua aposentadoria em 1982. Nos relatos de Margot Valente, estudante da faculdade entre 1951 e 1956, “Doutora Ophelia Gaudenzi. Morena, bonita, sorriso doce, tão delicada e feminina, marcou minha formação médica com sua presença encantadora”. (VALENTE, 2008, p. 37)

Por vezes, cirurgiões e outros interessados de áreas afins continuavam a procurar as cadeiras de Anatomia para aprofundar e rever conhecimentos e desenvolver pesquisas, a exemplo dos mestres João José Almeida Seabra e Jayme Martins Viana (TEIXEIRA, 2001), que ocupariam a cadeira de Anatomia mais tarde. Assim como outros professores do período após 1942, quando a última memória histórica da FMB no Terreiro de Jesus foi escrita, há poucas referências sobre suas atuações acadêmicas.

Em 1946, foi constituído o núcleo inicial da Universidade da Bahia a partir da reunião da FMB e de outras cinco unidades de ensino superior existentes na capital baiana. (SILVA; MENEZES, 1978) Os relatos históricos e notas dos anos 1940 descreviam que a Universidade da Bahia (1946-1965), logo após a sua instalação, iniciou um período áureo no ensino superior da Bahia. Prestigiada na esfera federal, com recursos financeiros suficientes e bem administrada, compôs um clima de entusiasmo, estimulando iniciativas e promovendo iniciativas para o progresso e integração da sociedade local.

Em virtude da reestruturação de 1965, a Universidade da Bahia passou a ser denominada de Universidade Federal da Bahia (UFBA). Anos mais tarde, com a reforma universitária de 1968, a UFBA passou a ser formada por 24 unidades de ensino, possibilitando o desdobramento de cursos nas faculdades e a criação de institutos.

A mesma reforma vedou a “duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes”, além disso, “o ensino e a pesquisa deveriam ser concentrados em unidades que formariam um sistema comum para toda a Universidade”. (SILVA; MENEZES, 1978, p. 114) Em termos práticos, o ciclo básico dos cursos deveria ser ministrado nos institutos, ou seja, disciplinas como a Anatomia, ciência básica para todos os cursos da área da saúde, deveria ser oferecida em apenas um local da universidade.

Com a transferência da Faculdade de Medicina para o Vale do Canela, as cadeiras de Anatomia deixaram de fazer parte da grade da faculdade, passando a ser ministradas no recém-criado Instituto de Ciências da Saúde (ICS). (FORTUNA, 2014) Nesse ponto, apesar da forte influência médica, a história da Anatomia deixa de ser da Faculdade de Medicina e passa a ser da UFBA.

A reforma de 1968 também previa a reformulação da carreira docente, resultando em alterações no quadro de professores. A pomposa denominação de professor catedrático ficaria eternizada no Terreiro de Jesus, cedendo espaço para a recém-criada categoria equivalente, de professor titular.

O Departamento de Anatomia foi transferido para o Vale do Canela no primeiro semestre de 1970, sendo o prof. Raphael de Menezes eleito como primeiro chefe, assumindo o cargo apenas por alguns meses e, em virtude de aposentadoria, o prof. Brochado (suplência) concluiu o primeiro mandato. (SILVA; MENEZES, 1978)

Após o término do primeiro mandato, o prof. João José de Almeida Seabra foi eleito, tendo sua gestão marcada pela fusão do Departamento de Anatomia, que ofertava cinco disciplinas na época, com o de Histologia e Embriologia, formando o Departamento de Ciências da Biomorfologia em 1976, cuja finalidade era o estudo da estrutura da matéria viva. O prof. Seabra foi reeleito para a chefia do departamento (mandato 1976-1978), sendo substituído pelo prof. Jayme Martins Viana. Todos os mestres citados foram redistribuídos da Faculdade de Medicina para o ICS (SILVA; MENEZES, 1978), exceto o prof. Brochado, que, apesar de ter sido professor da FMB, era lotado na Escola de Belas Artes e na Faculdade de Odontologia na época.

A nova fase da Anatomia, apesar da grandiosidade dos seus mestres, já começou deficiente. A estrutura teoricamente ampla e moderna do ICS não conseguiu abarcar todo o precioso e centenário acervo anatômico, que cresceu de forma significativa com o prof. Brochado. A coleção de crânios, por exemplo, motivo de orgulho da universidade, por ser uma das, senão a maior e mais completa coleção do mundo na área, conforme noticiado nos jornais da época, sequer foi inteiramente desencaixotada por falta de espaço apropriado para serem expostas. Ainda em 1970, as chuvas alagaram o andar térreo do instituto, dando início a uma fase de destruição do incalculável acervo anatômico. (ALMEIDA JUNIOR et al., 2015) As promessas de melhorias ficaram no papel, o que agravou ainda mais a situação do acervo nos anos seguintes.

De modo geral, o ensino da Anatomia no Terreiro de Jesus resistiu bravamente as oscilações ao longo do tempo ocorridas na cadeira, em seu quadro de catedráticos, na precariedade da estrutura física e na oferta variável de recursos para o bom funcionamento do curso.

Os antigos prédios onde funcionaram as instalações da cadeira de Anatomia, no Terreiro de Jesus, existem até a presente data. Após abandono e posterior reforma, o pavilhão Carneiro de Campos serviu de Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) até o ano de 2020 (Figura 15). O prédio Barão de Itapoã, infelizmente, segue em ruínas, à espera de olhares mais atentos do poder público.



**Figura 14** – Professor Aldemiro José Brochado (de branco) e sua coleção de cerca de 1.000 crânios, todos catalogados com 70 medidas antropométricas cada um, e aproximadamente 400 com dentição completa. Faculdade de Odontologia da UFBA, 1968  
Foto: acervo pessoal de Erasmo de Almeida Júnior.



**Figura 15** – Pavilhão Carneiro de Campos, Terreiro de Jesus, Faculdade de Medicina da Bahia, 2021  
Fonte: produzida pelos autores.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Medicina da UFBA (Resolução CNE/CES nº 4, de 9 de novembro de 2001) a Anatomia continuou vinculada ao Departamento de Biomorfologia, sendo ofertada aos acadêmicos de Medicina no ICS e passou a ser ministrada nos dois primeiros semestres, sendo no primeiro a Anatomia IIA e Anatomia IIIA.

Desde 2009, com o último projeto pedagógico, o estudo da Anatomia Contemporânea tem sido realizado por três disciplinas da grade curricular do curso de Medicina. Tais disciplinas e seus respectivos docentes são: Anatomia do Aparelho Locomotor (primeiro semestre), ministrada pelos professores dra. Juciele Valeria Ribeiro de Oliveira (2018-atual) e mestre Bruno Ferreira Rondon Linhares (2017-atual); Neuroanatomia (segundo semestre), ministrada pelos professores dr. Jamarly Oliveira Filho (2002-atual) e dr. Pedro Antônio Pereira de Jesus (2006-atual); e Anatomia de Sistemas (terceiro semestre), ministrada pelos professores dra. Telma Sumie Masuko (2006-atual), dr. Adelmir de Souza Machado (2009-atual) e dra. Marion Alves do Nascimento (2017-atual).

Entre 2009 e 2021, participaram também das disciplinas citadas os professores: dr. Abrahão Fontes Baptista, na disciplina de Anatomia do Aparelho Locomotor, no período de 2009.2 a 2017.2; dr. Marcos de Amorim Aquino, na disciplina de Anatomia do Aparelho Locomotor, no período de 2014.1 e 2015.1; dra. Patrícia Shirley de Almeida Prado, na disciplina de Anatomia do Aparelho Locomotor, no período de 2011.2 a 2014.1 e 2015.2 a 2017.1; dra. Eliana dos Santos Câmara Pereira, na disciplina na Anatomia de Sistemas, no período de 2015.1 a 2016.1, e na disciplina Anatomia do Aparelho Locomotor, no período de 2016.1 a 2018.1; dra. Laise Monteiro Campos Moraes, na disciplina na Anatomia de Sistemas, no período de 2014.1 a 2016.2, e na disciplina Anatomia do Aparelho Locomotor, no período de 2017.2 a 2019.1; dra. Marcelle Alvarez Rossi, na disciplina de Anatomia de Sistemas, no período de 2010.2 a 2011.2; dr. Igor Lima Maldonado, na disciplina de Neuroanatomia, no período de 2013.2 a 2017.2. Salienda-se, que por apresentarem contratos temporários, não foram inclusos na listagem acima, aqueles que auxiliaram como professores substitutos em alguma das três disciplinas da Anatomia.

Em virtude da pandemia de covid-19, estas três disciplinas de Anatomia tiveram que se adaptar ao formato remoto durante os anos de 2020 e 2021.

Quanto ao museu anatômico, a coleção de cerca de 1.000 crânios reunida e analisada pelo prof. Brochado, o modelo de papel machê do dr. Auzoux, os esqueletos franceses e as incontáveis peças anatômicas únicas, muitas das quais irreproduzíveis, mesmo diante da tecnologia moderna, todas produzidas nos salões da FMB, na Faculdade de Odontologia e no ICS ao longo dos mais de dois séculos de história, só nos resta interrogar seu destino, como fez o cronista Teixeira (2001), para que o trabalho árduo dos professores Castro e Abbott e de seus discípulos, muitos

reconhecidos como grandes anatomistas e vultos expressivos na área, não caíam no esquecimento.

Dez das 16 mesas de mármore de Carrara, de provável origem italiana, que remontam a construção do pavilhão de Anatomia nos anos 1880, permaneceram em perfeito estado de conservação, e estão instaladas no ICS da UFBA desde 1970, sobre as quais as novas gerações de estudantes da área da saúde ainda se debruçam para o aprendizado da Anatomia (Figura 16).



**Figura 16** – Laboratório de Anatomia do ICS da UFBA, com destaque para as mesas de mármore de Carrara, do final do século XIX  
Fonte: produzida pelos autores.

Além dos professores catedráticos mencionados, registre-se que o ensino da Anatomia na Faculdade de Medicina (e mais tarde no ICS) contou com a colaboração de incontáveis professores em suas mais diversas categorias ao longo do tempo (assistentes, preparadores, livre-docentes, opositores, interinos, adjuntos, substitutos e tantos outros), bem como de auxiliares, conservadores, técnicos de laboratório, monitores e alunos, muitos não mencionados neste trabalho por razões diversas.

Deve-se ao empenho de todos, sobretudo dos mais antigos, a transformação do berço da Anatomia brasileira, no Terreiro de Jesus, de escola que “não possuía nem um bisturi nem uma tesoura” (OLIVEIRA, 1992) num importante centro de estudos na área e polo irradiador do conhecimento anatômico para todo o Brasil.

Relação dos lentes e catedráticos de Anatomia da FMB

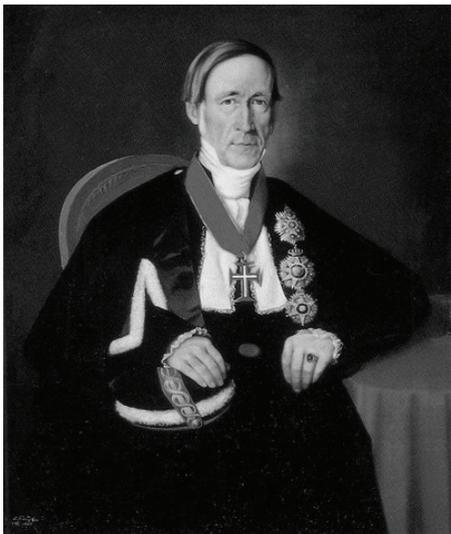


**Figura 17** – Doutor José Soares de Castro (1808 a 1828)  
Fonte: Britto ([201-]).

**Figura 18** – Doutor Jonathas Abbott (1828 a 1861)  
Fonte: Jonathas... ([200-]).

**Figura 19** – Doutor Adriano Alves de Lima Gordilho (1862 a 1875)  
Fonte: Luís... ([200-]).

17



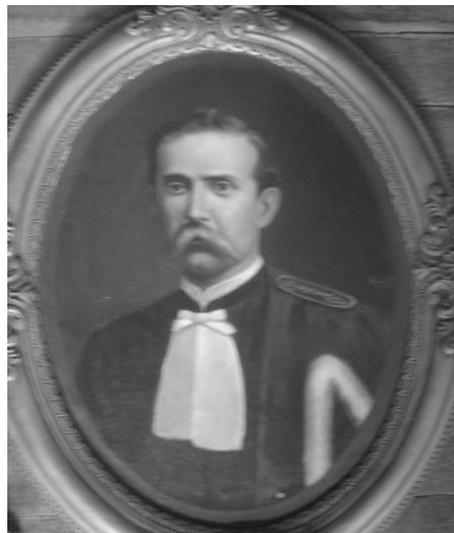
18



19



20



21

**Figura 20** – Doutor Augusto Gonçalves Martins (1876 a 1882)  
Fonte: acervo FMB.<sup>4</sup>

**Figura 21** – Doutor Alexandre Affonso de Carvalho (1882 a 1895)  
Fonte: acervo FMB.<sup>5</sup>

**Figura 22** – Doutor José Carneiro de Campos (1895 a 1919)  
Fonte: acervo FMB.<sup>6</sup>



22

4 Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22147/1/15\\_-dr.augusto\\_goncaoves\\_martins\\_.jpg](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22147/1/15_-dr.augusto_goncaoves_martins_.jpg).

5 Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22315/1/07\\_-\\_ok\\_dr.alexandre\\_affonso\\_de\\_cavalho.\\_aut.\\_cou-to.jpg](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22315/1/07_-_ok_dr.alexandre_affonso_de_cavalho._aut._cou-to.jpg).

6 Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22175/1/17\\_-\\_dr.\\_jose\\_carneiro\\_de\\_campos.jpg](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22175/1/17_-_dr._jose_carneiro_de_campos.jpg).



23



24



25



26

**Figura 23** – Doutor Eduardo Albertazzi Diniz Gonçalves (1919 a 1946): 1ª cadeira  
Fonte: acervo FMB.<sup>7</sup>

**Figura 24** – Doutor Raphael de Menezes Silva (1927 a 1970): 2ª cadeira  
Fonte: Jacobina (2013, p. 151).

**Figura 25** – Doutor. Audemaro Silvino Pinto Guimarães (1928? a 1968, inicialmente interino)  
Fonte: Jacobina (2013, p. 114).

**Figura 26** – Doutor Aldemiro José Brochado (1937 a 1979, inicialmente interino)  
Fonte: acervo pessoal de Erasmo de Almeida Júnior.

7 Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22128/1/05\\_-\\_dr.eduardo\\_diniz\\_goncalves.at\\_.e.\\_magalhaes.jpg](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22128/1/05_-_dr.eduardo_diniz_goncalves.at_.e._magalhaes.jpg).

## REFERÊNCIAS

- AIRES NETO, José. O ensino de anatomia no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, São Paulo, v. 12, n. 33, p. 78-94, 1948.
- ALMEIDA JUNIOR, Erasmo de *et al.* *Iconografia do Professor Aldelmiro José Brochado: um mestre da anatomia*. Salvador: Piraúna, 2015.
- ALMEIDA JUNIOR, Erasmo de. *Professor José Brochado: um mestre da anatomia*. Salvador: Piraúna, 2013.
- ARAÚJO, Roberto Paulo Correia de (org.). *ICS: emérita memória*. Salvador: ICS, 2004.
- BEDIAGA, Begonha (org.). *Diário do Imperador D. Pedro II: 1840-1891*. Petrópolis: Museu Imperial, 1999.
- BELÉM, Maria da Penha Oliveira. *Contribuição do ensino da anatomia à formação do médico*. Salvador, 2008.
- BOMFIM, Antonio Mariano do. *Memória histórica dos acontecimentos mais notáveis ocorridos na Faculdade de Medicina da Bahia durante o ano de 1860*. Bahia, 1861.
- BRASIL. Carta Régia, de 29 de dezembro de 1815. Cria um curso completo de cirurgia na cidade da Bahia, e manda executar nelle provisoriamente o plano dada ao curso desta Côrte. *Collecção das Leis do Imperio do Brazil de 1815*, Rio de Janeiro, p. 64-66, 1890.
- BRASIL. Decisão nº 2, de 18 de fevereiro de 1808. Manda crear uma Escola de Cirurgia no Hospital Real da cidade da Bahia. *Collecção das decisões do governo do Brasil*, Rio de Janeiro, p. 2, 1891.
- BRASIL. Decreto nº 1.387, de 28 de abril de 1854. Dá novos Estatutos ás Escolas de Medicina. *Collecção das Leis do Imperio do Brazil de 1854*, Rio de Janeiro, t. 17, part. 2, p. 195-229, 1854.
- BRASIL. Decreto nº 3.902, de 12 de Janeiro de 1901. Approva o regulamento das Faculdades de Medicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Rio de Janeiro, p. 543, 31 jan. 1901.
- BRASIL. Decreto nº 16.782-A, de 13 de janeiro de 1925. Estabelece o concurso da União para a difusão do ensino primário, organiza o Departamento Nacional do Ensino, reforma o ensino secundário e o superior e dá outras providencias. *Collecção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1925*, Rio de Janeiro, v. 2, 1926.
- BRASIL. Lei de 3 de outubro de 1832. Dá nova organização ás actuaes Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia. *Collecção das Leis do Imperio do Brazil de 1832*, Rio de Janeiro, part. 1, p. 87-95, 1874.
- BRAZIL. *Collecção das Leis do Brazil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890. Disponível em: [https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18329/collecao\\_leis\\_1815\\_parte1.pdf](https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18329/collecao_leis_1815_parte1.pdf). Acesso em: 15 set. 2022.

BRAZIL. *Collecção das Leis do Imperio do Brazil de 1854*. Rio de Janeiro: Na Typographia Nacional, 1854. t. 17, part. 2. Disponível em: [https://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18361/collecao\\_leis\\_1854\\_parte2.pdf](https://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18361/collecao_leis_1854_parte2.pdf). Acesso em: 15 set. 2022.

BRAZIL. *Decisões de 1808*. 18 fev. 1808. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/Internet/InfDoc/conteudo/Colecoes/Legislacao/Legimp-A2\\_2.pdf](https://www.camara.leg.br/Internet/InfDoc/conteudo/Colecoes/Legislacao/Legimp-A2_2.pdf). Acesso em: 15 set. 2022.

BRITTO, Antonio Carlos Nogueira. [Dr. José Soares de Castro]. [Salvador], [201-]. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/214>. Acesso em: 15 set. 2022.

BRITTO, Antonio Carlos Nogueira. A Faculdade de Medicina da Bahia e Nina Rodrigues. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 76, supl. 2, p. S63-S79, 2006.

BRITTO, Antonio Carlos Nogueira. *Memória histórica do Colégio Médico-Cirúrgico da cidade da Bahia concernente aos anos de 1815 a 1832*. Disponível em: <https://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/2552>. Acesso em: 15 set. 2022.

CALDAS, Claudemiro Augusto de Moares. *Memoria historica da Faculdade de Medicina no anno de 1881*: apresentada a respectiva Congregação em cumprimento do art. 197 dos estatutos. Rio de Janeiro: Editora Imprensa Nacional, 1882.

CARVALHO FILHO, José Eduardo Freire de. *Notícia histórica Sobre a Faculdade de Medicina da Bahia*. Bahia, 1909.

CARVALHO, Anisio Circundes. *Memoria historica da Faculdade de Medicina da Bahia*: anno de 1902. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1904.

CASTRO, Renato Berbert de. *A primeira imprensa da Bahia e suas publicações – Tipografia de Manoel Antonio da Silva Serva, 1811-1819*. Salvador: Departamento da Educação Superior e Cultura, 1969.

ERHART, Eros Abrantes. *Neuranatomia*. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 1974.

FALCÃO, Ib Gatto. A Faculdade de Medicina da Bahia, na década de 1930. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 1, p. 37-49, jan./jul. 2007.

FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. *Memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia*: relativas aos anos de 1916 a 1923 e 1925 a 1941. Salvador, 2014.

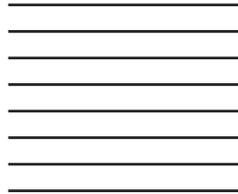
GAZETA MÉDICA DA BAHIA. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, ano 27, p. 97, jul. 1895.

GUIMARÃES, Mário V. *1808: um pernambucano na Corte*. São Paulo Sociedade Brasileira de História da Medicina, 2008.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008)*: os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB. Salvador: FAMEB-UFBA, 2013. v. 3.

- JONATHAS Abbott. *In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre*. [S. l.], [200-]. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Jonathas\\_Abbott](https://pt.wikipedia.org/wiki/Jonathas_Abbott). Acesso em: 15 set. 2022.
- LEGISLATIVO. [1832]. Disponível em: [http://www.camara.leg.br/Internet/InfDoc/conteudo/colecoes/Legislacao/legimp-15/Legimp-15\\_10.pdf](http://www.camara.leg.br/Internet/InfDoc/conteudo/colecoes/Legislacao/legimp-15/Legimp-15_10.pdf). Acesso em: 15 set. 2022.
- LEITE, Geraldo. Raphael de Menezes Silva (Raphael Menezes). *In: LEITE, Geraldo. Blog Médicos Ilustres da Bahia*, Salvador, 19 fev. 2011. Disponível em: <http://medicosilustresdabahia.blogspot.com/2011/02/289-raphael-de-menezes-silva-raphael.html>. Acesso em: 15 set. 2022.
- LUÍS Adriano Alves de Lima Gordilho. *In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre*. [S. l.], [200-]. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Lu%C3%ADs\\_Adriano\\_Alves\\_de\\_Lima\\_Gordilho](https://pt.wikipedia.org/wiki/Lu%C3%ADs_Adriano_Alves_de_Lima_Gordilho). Acesso em: 15 set. 2022.
- MALOMO, Adefolarin; IDOWU, Olufemi; OSUAGWU, Ferdnand. Lessons from History: Human Anatomy, from the Origin to the Renaissance. *International Journal of Morphology*, Temuco, v. 24, n. 1, p. 99-104, Mar. 2006.
- MELLO, José Alves de. *Memoria historica da Faculdade de Medicina da Bahia: relativa ao anno de 1879*. Bahia, 1880.
- OLIVEIRA, Eduardo de Sá. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.
- OPHELIA dos Santos Britto. [201-]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/109>. Acesso em: 15 set. 2022.
- OSORIO, Antonio José. *Memoria historica da Faculdade de Medicina da Bahia do anno de 1866*. Salvador, 1867.
- PEREIRA, Antonio Pacífico. Conservações dos cadáveres. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, p. 54-60, 1883a.
- PEREIRA, Antonio Pacífico. *Memoria historica do anno de 1882: apresentada á respectiva Congregação no dia 1º de março de 1883*. Bahia, 1883b.
- PEREIRA, Antonio Pacífico. *Memória sobre a Medicina na Bahia: elaborada para o Centenário da Independência da Bahia 1823-1923*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1923.
- PEREIRA, Jeronymo Sodré. *Memoria historica dos acontecimentos mais notaveis da Faculdade de Medicina da Bahia no anno de 1865*. Bahia, 1866.
- PINTO, Antonio Cerqueira. *Memoria historica dos acontecimentos mais notaveis da Faculdade de Medicina da Bahia no anno de 1864*. Bahia, 1865.
- RAMOS, Deocleciano. *Memorias historicas dos mais notaveis acontecimentos escolares do anno lectivo de 1901*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1903.

- REBELLO, Frederico de Castro. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia*. Bahia, 1892.
- RODRIGUES, Raymundo Nina. *Memória histórica apresentada pelo Raymundo N. Rodrigues á Congregação da Faculdade de Medicina e de Pharmacia da Bahia em março de 1897*. Bahia, 1897.
- SAMPAIO, Mathias Moreira. *Memória histórica dos acontecimentos notavies do anno de 1867 apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia*. Bahia, 1868.
- SANTOS, Luiz Alvares dos. *Memória histórica dos acontecimentos notaveis da Faculdade de Medicina da Bahia no anno de 1876*. Bahia, 1877.
- SANTOS, Malaquias Alvares dos. *Memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia: relativa ao anno de 1854*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905.
- SANTOS, Roberto Figueira. *Vidas paralelas*. 2. ed. rev. Salvador: Edufba, 2008.
- SANTOS, Ruy. *A faculdade do meu tempo: memórias*. Brasília, DF: Gráfica do Senado Federal, 1978. 2 v.
- SEQUEIRA, José de Goes e. *Memória histórica dos acontecimentos notaveis do anno de 1858 apresentada à congregação dos lentes da Faculdade de Medicina da Bahia*. Bahia, 1859.
- SILVA, Francisco Rodrigues da. *Memória histórica dos acontecimentos notaveis occorridos no anno de 1861 na Faculdade de Medicina da Bahia*. Bahia, 1862.
- SILVA, Penildon; MENEZES, Orlando Bastos de. Contribuições para o histórico do Instituto de Ciências da Saúde – UFBA. *Universitas*, Salvador, n. 20, p. 113-133, 1978.
- TALAMONI, Ana Carolina Biscalquini; BERTOLLI FILHO, Claudio. A anatomia e o ensino de anatomia no Brasil: a escola boveriana. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 653-673, out./dez. 2014.
- TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. 3. ed. Salvador: Edufba, 2001.
- TORRES, Octávio. *Esbôço histórico dos acontecimentos mais importantes da vida da Faculdade de Medicina da Bahia (1808-1946)*. Salvador: Imprensa Vitória, 1946.
- VALENTE, Margot Lobo. *Recordações da Faculdade de Medicina da Bahia: Terreiro de Jesus*. Salvador: Empresa Gráfica da Bahia, 2008.
- VALENZUELA, Julio Luis Cárdenas. The anatomical statue of Dr. Auzoux: First Anatomical Model of Teaching Purposes in Chile. *International Journal of Morphology*, Temuco, v. 33, n. 1, p. 393-399, mar. 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/289592126\\_The\\_anatomical\\_statue\\_of\\_Dr\\_Auzoux\\_First\\_anatomical\\_model\\_of\\_teaching\\_purposes\\_in\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/289592126_The_anatomical_statue_of_Dr_Auzoux_First_anatomical_model_of_teaching_purposes_in_Chile). Acesso em: 15 set. 2022.
- WATANABE, Li-SEi. *Erhart: elementos de anatomia humana*. 10. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.



## 11

# O ENSINO DE FISIOLOGIA PARA O CURSO MÉDICO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

*Alan José Alcântara de Figueiredo Júnior*

*Amanda Lis Carneiro Patas da Cunha*

*Ana Carla dos Santos Costa*

*Larissa Ohana Santos Rodrigues de Araújo*

*Maria Auxiliadora Santos Haanwinckel*

*Almira Maria Vinhaes Dantas*

## INTRODUÇÃO

Neste capítulo veremos que a história da Fisiologia se ilustra como uma coletânea de chaves que abrem diversas fechaduras do conhecimento, não só no Brasil, mas em todo o mundo. Este capítulo está intrinsecamente ligado à história da Medicina, da Biologia e das demais disciplinas vinculadas. Seria possível abarcar temas da Fisiologia sem ultrapassar as fronteiras da Farmacologia, Microbiologia, Zoologia, Epidemiologia? É por este motivo que se torna crucial ter ciência que a história da Fisiologia se funde com a história das vidas de cientistas plurais, ímpares e, sobre-

tudo, multidisciplinares: Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Álvaro e Miguel Ozório são ícones que exemplificam esta pertinente citação. O estudo da Fisiologia, por si só, é muito mais do que os critérios que um departamento pode delimitar.



**Figura 1** – Laboratório de Fisiologia em 1956. Da esquerda para a direita: Jorge Novis, Elsimar Coutinho, Macedo Costa, Antônio Biscaia, Antônio Oliveira, Renato, Clovis. Na frente: Cesar Orrico e Almira Vinhaes

Fonte: acervo pessoal de Almira Maria Vinhaes Dantas.

## HISTÓRIA DA FISIOLOGIA NO MUNDO

O corpo humano é formado por inúmeros órgãos e sistemas que, em conjunto, tentam trabalhar em harmonia para manter o bom funcionamento e a homeostase do nosso corpo. Quando ocorre algum desequilíbrio nesse funcionamento, o organismo pode adoecer e, a depender do grau de acometimento, evoluir para morte. Mas, para saber identificar os indícios de que algo pode estar errado, é preciso, antes, saber o que é normal e esperado no funcionamento dos órgãos do corpo humano. É justamente nesse ponto que a Fisiologia entra em cena.

A Fisiologia (do grego “*physis*” = natureza e “*logos*” = estudo) é a ciência que estuda como as células, tecidos, órgãos e sistemas de um organismo (o corpo humano, no caso da Fisiologia Humana) funcionam normalmente para garantir a manutenção da vida. (AIRES, 2018) É a Fisiologia que estuda como ocorrem os processos físico-químicos que propiciam a manutenção da vida.

Dentre os sistemas estudados tem-se: digestório, imunológico, reprodutor, cardiovascular, respiratório, osteoarticular, muscular, nervoso, endócrino e urinário.

rio. A Fisiologia se debruça sobre o funcionamento desses sistemas e a interação entre eles e o meio externo. Todos os organismos funcionam do mesmo jeito? Não. Existem variações da normalidade e é essencial que estas também sejam estudadas para garantir que, quando o profissional da saúde se depare com uma alteração que fuja da normalidade, este possa empregar ferramentas propedêuticas, como o exame clínico, além de exames complementares, para compreender o que está acontecendo com o paciente.

Entretanto, para um bom entendimento dos aspectos fisiológicos de um organismo é necessário aliar os conhecimentos da Fisiologia com os da Anatomia e da Histologia. Mas se o organismo é um só, por que dividir o conhecimento em inúmeras ciências? Isso é necessário para estudar detalhadamente as minúcias envolvidas a nível celular, tecidual, dos sistemas e da disposição das estruturas do corpo humano. Nosso organismo é composto por bilhões de células, inúmeros órgãos e sistemas, cuja complexidade e capacidade superam a de várias máquinas criadas pelo homem, então é de se esperar que é preciso concentrar o estudo de determinado aspecto do corpo humano em sua respectiva ciência.

Tendo isso em vista, a Anatomia é a ciência que estuda a estrutura e localização esperada dos órgãos no organismo, enquanto a Histologia estuda os tecidos que compõem esses órgãos. Mas, no fim, essas e outras ciências como a Embriologia e a Citologia, estão todas conectadas, e são os vários lados de uma mesma moeda: o nosso organismo.

Afinal de contas, de onde surgiu a ideia de estudar o funcionamento do organismo? Para entender isso é preciso voltar muitos séculos no tempo, para a época dos grandes filósofos da Antiguidade, como Sócrates e Platão. Ao contrário do que muitas pessoas, leigas ou não, pensam, a história da Fisiologia não é recente e, assim como outras ciências, a exemplo da filosofia, química, física, astrologia, ela remonta à Grécia Antiga. (AIRES, 2018)

E por que estudar a história da Fisiologia? Como tudo na vida, a Fisiologia não é estática, mas sim está em constante mudança, ao longo do tempo e espaço. Para entender a Fisiologia na era contemporânea e os inúmeros avanços e descobertas que estão sendo realizados, muitos deles dignos do Prêmio Nobel, é necessário entender o contexto em que a ciência esteve inserida ao longo do tempo. Cientistas importantes, como Lavoisier – conhecido pela Lei de Conservação da Massa ou “na natureza, nada se cria, nada se perde, tudo se transforma” –, marcos históricos, como o Iluminismo, e grandes crises de saúde, como a atual pandemia de covid-19 (doença de coronavírus 2019), exerceram e ainda exercem grande influência no modo como as pesquisas científicas são conduzidas no mundo até hoje.

Citando o historiador grego Heródoto de Halicarnasso, “pensar o passado para compreender o presente e idealizar o futuro”. Compreendendo o passado aguça-

mos o nosso senso crítico e podemos trabalhar mais efetivamente para não cometer os mesmos erros novamente e, assim, poder caminhar rumo a novas descobertas.

Mas, antes de iniciar a viagem pela história da Fisiologia, é importante lembrar que a história da Fisiologia, assim como a história de outras ciências e a História que estudamos na escola, está inserida no contexto social, político, cultural e econômico da época. Como tal, alguns conceitos e práticas amplamente divulgadas e empregadas no passado, atualmente podem ser vistas como errôneas. Contudo, entendê-las no contexto em que estão inseridas é essencial para compreender aonde chegamos e idealizar para onde iremos.

É importante ressaltar também que inúmeras personagens estiveram envolvidos em marcos importantes da história da Fisiologia. Entretanto, para fazer jus a todos eles, seria necessário inúmeros livros e capítulos para dar conta da história escrita nesses mais de 2 mil anos. Portanto, o presente capítulo irá fornecer uma visão geral da história da Fisiologia da Antiguidade até os tempos atuais. Ou seja, o objetivo não é esgotar o assunto, mas fomentar a curiosidade do leitor para incentivar futuras discussões acerca do tema e trazer a Fisiologia para além da área acadêmica.

Para aproximar ainda mais a ciência do nosso dia a dia geograficamente, também serão apresentadas as origens da Fisiologia no Brasil e, mais detalhadamente, sobre a história do ensino da Fisiologia na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB).

A viagem pela história da Fisiologia se inicia na Grécia Antiga, onde pensadores como Tales de Mileto e Heráclito questionaram-se sobre o princípio, a origem de todas as coisas – em grego, “*arkhē*” –, tendo estes apontados elementos da natureza – água, ar, terra e fogo – como resposta para a pergunta. Qual a relação entre os filósofos pré-socráticos – que viveram antes de Sócrates – e a Fisiologia? É justamente esse questionamento, a busca por respostas, que até hoje motiva os cientistas. Além disso, em grego, a natureza e tudo que se origina dela – inclusive o ser humano –, é designada pela palavra “*phýsis*”, que, por sua vez, deu origem à palavra Fisiologia. (AIRES, 2018)

Outros inúmeros pensadores, como Empédocles e Alcmeão, também contribuíram para o início da prática da Medicina nessa época, entretanto, foi somente com Hipócrates, entre 460 e 370 a.C., que a Medicina ganhou o cunho científico e racional que conhecemos atualmente. (AIRES, 2018) A contribuição deste foi tamanha que, até hoje, os médicos, durante a sua formatura, realizam o Juramento de Hipócrates, no qual juram praticar a Medicina honestamente.

Uma das bases da escola hipocrática, o *Corpus Hippocraticum*, era a doutrina dos “quatro humores” ou fluidos – sangue, fleuma, bile amarela e bile negra –, que estavam associados aos quatro elementos da natureza que os pré-socráticos haviam apontado como a origem de todas as coisas. Em um organismo saudável esses quatro fluidos estariam presentes de maneira bem equilibrada, enquanto,

um desequilíbrio – falta ou excesso de um deles – ocasionaria no processo de doença. (AIRES, 2018)

A próxima grande mudança no estudo da Fisiologia veio alguns séculos depois, entre 129 e 200 d.C., com Cláudio Galeno, o pai da Fisiologia experimental. Assim como Hipócrates, Galeno defendia a doutrina dos “quatro humores” e realizou inúmeras descobertas por meio de experimentos em animais. Entretanto, foi somente no século XVI, com o médico francês Jean François Fernel, que cunhou o termo Fisiologia (e o termo Patologia), definindo-a como a ciência que estuda as funções corporais. (FEY, 1997)

Nessa mesma época, à luz das mudanças promovidas pelo Renascimento, a publicação de *De Humani Corporis Fabrica (A estrutura do corpo humano)*, por Andreas Vesalius, marcou o início da Anatomia e Fisiologia modernas. Um dos discípulos de Vesalius, William Harvey, também forneceu numerosas contribuições para a Fisiologia moderna, e propôs a base da concepção do funcionamento do corpo animal. A maior parte de seus estudos foi publicada em 1628 no tratado *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus (Estudo anatômico sobre o movimento do coração e do sangue nos animais)*. (AIRES, 2018)

A partir daí, no século XVIII, o estudo da Fisiologia se debruçou principalmente no estudo da eletrofisiologia, com os italianos Luigi Galvani e Alessandro Volta, e do metabolismo, com o químico Antoine Lavoisier. Em relação ao segundo, este utilizou conceitos recém-descobertos da química para apontar relações entre o processo de combustão, observado em seus experimentos, e a respiração dos seres vivos. (AIRES, 2018)

Dentre outros avanços que aconteceram nos séculos seguintes, destaca-se a teoria celular, desenvolvida por Matthias Schleiden e Theodor Schwann e publicado na obra *Mikroskopische Untersuchungen über die Übereinstimmung in der Struktur und dem Wachsthum der Thiere und Pflanzen (Pesquisas microscópicas sobre a conformidade na estrutura e crescimento entre plantas e animais)* e a fundação do Instituto de Fisiologia, em Leipzig, por Carl Ludwig, em 1869. Ludwig representava a abordagem metodológica abrangente que estava em demanda e estava determinado a colocar a Fisiologia a serviço da Medicina. Único à sua época e modelo para outros na Europa, o instituto foi completamente destruído na Segunda Guerra Mundial.

O próximo grande avanço na Fisiologia experimental contemporânea aconteceu com Claude Bernard, considerado o pai da Fisiologia moderna, que publicou, em 1865, o livro *Introduction à l'étude de la Médecine Expérimentale (Introdução ao estudo da medicina experimental)*, abordando a importância dos experimentos realizados no laboratório para a formulação de novas teorias. (GOMES; ENGELHARDT, 2014) Ele exerceu forte influência no desenvolvimento da fisiolo-

gia no Brasil, especialmente nos núcleos do Rio de Janeiro, formados pela escola francesa, fortemente influenciada por Claude Bernard e no laboratório de Miguel Rolando Covian na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). (BUENO, 2016) No século XX, os grandes avanços vieram a partir da instituição do conceito de homeostasia e da sua importância no entendimento do funcionamento dos organismos (AIRES, 2018), e a elucidação da estrutura do DNA, através dos estudos de James Watson, Francis Crick e Rosalind Franklin. (WATSON; CRICK, 1974)

## **A FISILOGIA BRASILEIRA**

Sabe-se que o enraizamento do estudo da Fisiologia no Brasil teve início no Rio de Janeiro e no estado de São Paulo, árvore que além de fortemente frutífera, fecunda a semente do interesse pela pesquisa e pelo ensino de Fisiologia nos demais centros nacionais, como Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Bahia e Pernambuco, cultivando intenso intercâmbio mútuo de conhecimento.

O berço da Fisiologia em nosso país: o Laboratório de Fisiologia Experimental do Museu Nacional no Rio de Janeiro (1880) foi o primeiro Laboratório de Fisiologia Experimental do Brasil, fruto embrionário espelhado nas aspirações de d. Pedro II em criar um Instituto de Fisiologia Brasileiro e inaugurado por João Batista de Lacerda, subdiretor e médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Experiência esplêndida e instituição internacionalmente conhecida até a morte do seu então diretor, o pesquisador francês Louis Couty.

Chamado por muitos de “patriarca” da Fisiologia brasileira, Álvaro Ozório de Almeida teve papel fundamental no renascimento da Fisiologia no nosso país. Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e docente desta, viu-se insatisfeito com as instalações e condições para pesquisa científica. Impulsionado pelo desejo de contribuir na ascensão das ciências fisiológicas, deu vida ao seu próprio e modesto laboratório, que, mais tarde, contou com a colaboração de Miguel Ozório de Almeida, seu irmão e discípulo, e sua irmã Branca de Almeida Fialho, grande fisiologista que por sua condição feminina é injustamente referida apenas como laboratorista em textos sobre o assunto. Desde 2020, a Sociedade Brasileira de Fisiologia (SBFis) concede o Prêmio Branca de Almeida Fialho às pesquisas em Fisiologia que consideram as mulheres (ou fêmeas) como sujeitas de pesquisa. Frequentemente os estudos experimentais em Fisiologia são realizados em machos e os dados extrapolados para todos. Considerar a diversidade de gênero é crucial não apenas para o conhecimento dos fenômenos fisiológicos, mas para o desenvolvimento das ciências em geral. Os irmãos Ozório de Almeida foram muito importantes para a Fisiologia brasileira. Contemplado por estudos

que abordavam desde metabolismo, calorimetria e a ação de fármacos até efeitos do oxigênio sob alta pressão, como terapia do câncer; o memorável e simplista laboratório era considerado parada obrigatória por diversos fisiologistas brasileiros bem reconhecidos, como Thales Martins e Paulo Galvão, assim como figuras ilustres como Albert Einstein e Madame Curie.

É inegável o reforço ao corpo científico proporcionado pelo laboratório dos irmãos Ozório. O encerramento de suas atividades em 1932, de fato, não se configurou, de forma alguma, como o fim da produção científica, tratou-se, na verdade, do pontapé propulsor para o início de um novo capítulo da história da Fisiologia neste país.

Miguel Ozório, grande contribuidor da Biofísica aplicada à Fisiologia, foi importante influenciador de nomes de impacto na neurofisiologia dos anos 1930 e 1940, tais como: Haity Moussatché, Mário Vianna Dias, Tito Cavalcanti e Carlos Chagas Filho. Este último foi o criador do Laboratório de Biofísica da Universidade do Brasil (1937), ligado à disciplina de Física Médica. Em 1945, o laboratório foi transformado em Instituto de Biofísica e, hoje, é conhecido como Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (IBCCF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Aristides Azevedo Pacheco Leão, Hiss Martins Ferreira, Antônio Paes de Carvalho, Eduardo Oswaldo Cruz Filho e Carlos Eduardo Guinle da Rocha Miranda são nomes fortes que compõem o legado do IBCCF.

Miguel Ozório, pela sua grande reputação na comunidade científica, foi convidado por Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, diretor do Instituto Oswaldo Cruz, para chefiar a então recém-criada (1919), Seção de Fisiologia em Manguinhos.

Em 1926, Thales César de Pádua Martins, formado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, inicia a sua colaboração com Miguel Ozório, em Manguinhos. Seu interesse pela Fisiologia Endócrina foi importante para a implantação de núcleo de pesquisa com ênfase em Fisiologia Endócrina e Endocrinologia Experimental, em 1934, na recém-criada Escola Paulista de Medicina e no Instituto Butantã. Thales Martins foi um dos fundadores da SBFis em meados da década de 1950. Ele assumiu a cadeira de Fisiologia da Escola Paulista de Medicina, sendo sucedido por Paulo Enéas Galvão, após retornar ao Rio de Janeiro.

Criado por volta de 1920, o Instituto Biológico acolheu outros cientistas brasileiros, dentre eles: Wilson Teixeira Beraldo e Maurício Oscar da Rocha e Silva, que, com auxílio de Gastão Rosenfeld, foram os responsáveis por trazer à tona a bradicinina – um hormônio com potente ação vasodilatadora e um mediador da atividade inflamatória. A identificação da bradicinina deu origem a vários estudos, que levaram ao desenvolvimento da molécula do captopril, um inibidor da enzima conversora da angiotensina (inibidores da ECA), o primeiro medicamento dessa classe de anti-hipertensivos e que é amplamente utilizada no tratamento da

hipertensão arterial. (BERALDO, 1984) A identificação, em 1949, da bradicinina é considerada a segunda mais importante descoberta científica na área médica no Brasil, ficando atrás apenas da descoberta da doença de Chagas, segundo a Sociedade Brasileira de História da Medicina. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, [2017])

O Instituto Oswaldo Cruz, hoje tão conhecido, teve sua fundação em 1900, então chamado de Instituto Soroterápico Municipal e foi dirigido por Oswaldo Gonçalves Cruz. No ano seguinte tornou-se uma instituição federal. Em 1907, foi rebatizado como Instituto de Medicina Experimental de Manguinhos. Apenas no ano subsequente, recebeu o nome do seu criador, Oswaldo Cruz. Carlos Chagas, discípulo de Oswaldo Cruz, foi quem herdou a importante função de dirigir e alavancar o instituto após o falecimento de seu criador.

É com bastante clareza que se relata a transição do perfil das ciências médicas através de um processo de amadurecimento da escola científica devido à necessidade de reação dos dirigentes públicos perante a eclosão de epidemias na transição do século XIX ao XX. O Instituto Butantan e o Instituto Manguinhos (atual Instituto Oswaldo Cruz) são resultantes desses esforços de melhor compreensão do universo científico para sanar e entender a problemática em voga, um denominador que apesar de desafiador materializou-se em um salto astronômico para pesquisa no Brasil.

A disseminação e criação de centros de estudos por todo território nacional começa a se amplificar. A influência de cientistas como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas é claramente perceptível. Sob essa premissa, em Belo Horizonte, na recém-criada Faculdade de Medicina, Octávio Coelho Magalhães (1890-1972), doutor em Fisiologia pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tornou-se conhecido com um dos responsáveis pela Medicina Experimental em Minas Gerais, ao aceitar o cargo de docente de Fisiologia no ano de 1913.

A Faculdade de Medicina de São Paulo fora fundada no fim de 1912, entretanto, a pesquisa em Fisiologia se iniciou quando o prof. Cantídio de Moura Campos assumiu a cátedra, após estágio na Alemanha, publicando, em 1919, um estudo sobre a secretina, então recém-descoberta, e sua ação nas secreções digestivas. Em 1929, iniciou-se a linha de pesquisa em Fisiologia da Nutrição e do Metabolismo que se prolongou por mais de quatro décadas, gerando dezenas de trabalhos de pesquisa e diversas teses (ICB-USP) São responsáveis pela disseminação da Fisiologia os egressos do Departamento de Fisiologia da USP: Alberto Carvalho da Silva, Gerhard Malnic, Thomas Maack, Maurício da Rocha e Silva Jr., Margarida de Mello Aires, Francisco Lacaz Vieira, Rebeca de Angelis, Núbio Negrão, Oswaldo Ubríaco Lopes, Sônia Lopes Sanioto, Massako Kadekaro, Pedro Guertzenstein e César Timo-Iaria.

Já a USP foi criada no início de 1934, tendo a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras como primogênita, elemento que serviu de elo de integração das diversas áreas universitárias que ali estabeleceriam residência. Em 1939, Paulo Sawaya tornou-se responsável pela disciplina de Fisiologia Geral e Animal. O antigo Departamento de Fisiologia Geral e Animal da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP foi um dos pilares da sementeira da Fisiologia comparativa em outros centros brasileiros. Pode-se exemplificar isto a partir do surgimento de personalidades como Erasmo Garcia Mendes e Maria Marques, discípulos de Sawaya, que ajudaram na disseminação da Fisiologia comparativa para o interior de São Paulo e Porto Alegre. Assim, além da herança intelectual deixada ao atual Instituto de Biociências da USP, esclarece-se o papel deste departamento na edificação científica brasileira.

Em território gaúcho, a influência argentina fez com que os estudos de Fisiologia Endócrina e Cardiovascular se entrelaçassem na pesquisa fisiológica. Por intermédio de Pery Riet Correa, a colaboração com o Instituto de Biología y Medicina Experimental (criação do grupo de Bernardo Houssay – Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1947), em Buenos Aires, se consagra e gera grande influência no recém-criado Instituto de Fisiologia Experimental, em Porto Alegre (1950).

Miguel Covian, cientista argentino e discípulo de Bernardo Houssay, foi um dos nomes que se estabeleceram em Ribeirão Preto. (BUENO, 2016) Em 1955, assumiu a chefia do Departamento de Fisiologia e Biofísica da Faculdade de Medicina, cargo que ocupou até 1974, novamente entre 1978-1982. Covian contribuiu para a formação de uma importante geração de fisiologistas no Brasil, tais como César Timo-Iaria, um de nossos mais importantes neurocientistas brasileiros, e José Antunes Rodrigues, renomado fisiologista neuroendócrino. José Antunes Rodrigues teve participação direta, com orientador de pós-graduação, na formação de quatro professores de Fisiologia do Departamento de Biorregulação do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Emílio José de Castro e Silva, Josmara Bartolomei Fregoneze, Maria José Pedreira Ramalho e Maria Auxiliadora Santos Haanwinckel.

Este é apenas um breve relato da trajetória nascente da disseminação do estudo da Fisiologia e de personalidades pioneiras envolvidas no território brasileiro. Contando com a dedicação de fisiologistas de interesse na embriogênese da pesquisa científica genuinamente brasileira, e com a experiência dos centros de pesquisa já existentes no Sul e Sudeste, assistimos à Fisiologia multiplicar-se. É assim que, em função do contato da juventude pesquisadora com núcleos já estabelecidos, e da experiência herdada dos grupos prévios, que a carreira do fisiologista brasileiro tem conquistado e ultrapassado barreiras e fronteiras, ainda que de maneira lenta e irregular, pela maior parte do Brasil.

## HISTÓRIA DO ENSINO DA FISIOLOGIA NA UFBA

A disciplina de Fisiologia está presente como uma das mais fundamentais matérias do chamado “ciclo básico” das grades curriculares do curso de Medicina por todo o país. No entanto, sua origem como componente obrigatório na Bahia não se deu concomitante ao surgimento das primeiras faculdades no país. Fundada em 1808, a FMB – então chamada de Escola de Cirurgia da Bahia – passou os seus primeiros oito anos só lecionando duas matérias: Cirurgia Especulativa e Prática e Anatomia e Operações Cirúrgicas. O ensino da Fisiologia estava inserido dentre os conteúdos desta primeira disciplina, porém foi apenas a partir do dia 2 de dezembro de 1815, através da carta do príncipe regente, que a matéria Fisiologia foi oficializada e passou a ser lecionada no segundo ano do curso de Medicina em 1816. (MONIZ, 1923; VELLOSO, [200-]) O primeiro professor catedrático de Fisiologia na Bahia foi o dr. Manuel José Estrella, formado para cirurgião no Colégio do Hospital de São José, em Lisboa, e um dos dois únicos docentes iniciais da Escola de Cirurgia, na qual começou lecionando Cirurgia Especulativa e Prática em 1808.

Porém, tendo em vista a necessidade de reforma no ensino e o atraso em relação às universidades europeias, essa estrutura do componente não se manteve por muitos anos. Em 1832 ocorreu a segunda reforma na FMB, considerada por Gonçalo Moniz (1923, p. 30) como uma das reformas mais importantes para o ensino médico até o século XX. O dr. Francisco de Paula Araújo e Almeida, também professor da Academia Médico-Cirúrgica da Bahia (como foi chamada de 1816 a 1832) e lente da cadeira de Fisiologia, aprovou na Câmara dos Deputados o projeto de reforma do ensino médico que colocou o ensino da Fisiologia no terceiro ano do curso, num contexto de transformação das escolas do Brasil em Faculdades de Medicina. (VELLOSO, [200-]) Entretanto, devido à grande importância da matéria para a formação dos futuros médicos, ela passou posteriormente a ser lecionada tanto no segundo quanto no terceiro ano, como vista em alguns documentos (COUTO, 1871), sendo oficializada a mudança em 1925. (BRASIL, 1926) Vale destacar que, até então, o curso de Medicina possuía duração de cinco anos e agora passaria para seis anos. Além disso, o nome “Faculdade de Medicina da Bahia” foi criado nessa reforma e permanece até os dias atuais. (MONIZ, 1923)

Aqui cabe ressaltar que em 1879 foram formalizados os currículos de dois cursos anexos aos de Medicina, que também eram de responsabilidade da faculdade: o de Odontologia e o de Obstetrícia. Na grade de ambos foi inserida a disciplina de Fisiologia (BRASIL, 1880), demonstrando mais uma vez a importância do ensino desse componente curricular na instituição. Inclusive a falta inicial do ensino de Fisiologia no curso de Farmácia (outro curso anexo) foi criticada por não permitir aos alunos dessa graduação compreender a Farmacologia e farmacodinâmica,

fato que deixaria o curso insatisfatório (CARVALHO FILHO, 1913) – questão resolvida apenas em 1925. (BRASIL, 1926)

É peculiar, entretanto, analisar o que era ensinado na disciplina de Fisiologia nos séculos XIX e XX. Primeiramente, é importante ressaltar a influência da Medicina francesa na FMB. No nosso caso: primeiramente nomes como Barthez com sua “Fisiologia hipotética” – posteriormente descartada – seguido de Blainville com a divisão dos tecidos, Cuvier com as divisões das funções do corpo, Richerand, Magendie e Gerdy com suas diferentes perspectivas do início do estudo da disciplina e obviamente Bernard com a revolução das suas descobertas. Todos eles foram citados, estudados e usados constantemente como base para construção do ensino. (BRITTO, 2010; GOMES, 1844) Apesar de grandes autores italianos, alemães e ingleses também serem considerados, a verdade era que a escola francesa era a mais apreciada pelos docentes do país.

Sendo assim, aproximadamente na metade dos anos 1800, propostas para o curso de Fisiologia incluíam o estudo de processos sexuais, de digestão, respiração, circulação, além de um estudo mais aprofundado em funções fisiológicas do sistema nervoso, como locomoção, processamento dos sentidos, sono, controle do calor entre outros. No dia 5 de setembro de 1844 o então lente substituto Justiniano da Silva Gomes apresentou a tese *Plano e Methodo de Hum Curso de Physiologia* para o cargo de cátedra de Fisiologia, na qual apontava as divergências de ensino da matéria de acordo com cada professor e, posteriormente, apresentando uma forma de sistematizar e unificar o ensino da Fisiologia. (GOMES, 1844; LINS, 1966) Alguns historiadores ainda consideram essa tese como o primeiro trabalho a tratar do método positivista em território nacional (LINS, 1964), o que indica mais uma vez a influência das ideias francesas na faculdade. Entretanto em programa do curso já no fim do século, a proposta para a disciplina abarcava apenas o estudo minucioso do sistema nervoso, assim como sua observação prática em experimentos animais, deixando o resto do escopo da Fisiologia para outras disciplinas, como a de Clínica, por exemplo. (CARVALHO FILHO, 1913; COUTO, 1871) A separação do conteúdo dessa área permanece até o momento atual, mas, ao menos, ainda dentro de duas matérias de Fisiologia. Uma, Fisiologia Médica Geral I, contempla mais os sistemas endócrino, nervoso e muscular, enquanto a outra, Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, propõe-se a explicar os fenômenos dos sistemas digestório, cardiovascular, respiratório e urinário. A primeira, por dar uma visão mais geral do assunto, é pré-requisito para que se curse a segunda.

O ensino da Fisiologia, entretanto, não se detém somente à parte teórica da disciplina. O já citado Claude Bernard, um dos maiores fisiologistas da história e grande difusor da importância desse conhecimento para o mundo, defendia que a Fisiologia cuidava das realidades objetivas. Para aplicação dessa visão, era necessá-

rio sair do monopólio da leitura de livros em sala para aplicação do conhecimento em campos de prática. Dessa forma, em 1880 foi criado o primeiro Laboratório de Fisiologia Experimental do Brasil, fundado junto ao Museu Nacional no Rio de Janeiro, o Laboratório de Fisiologia Experimental do Museu Nacional. (AIRES, 2018) Não muito tempo depois, em 1883, foi designada uma sala para construção do primeiro Laboratório de Fisiologia Experimental na FMB (D'AZEVEDO, 1884), em local onde já havia outras salas de atividades práticas em outras áreas do saber médico. Apesar de estar consoante com o progresso do ensino da Fisiologia em outras escolas médicas do país, a instalação desse laboratório já era cobrada desde muito antes, pois a falta de atividades práticas já provocava sensação de prejuízo e demérito do ensino na faculdade. (TOURINHO, 1905) Entretanto, a instalação dos laboratórios não solucionou os problemas como se esperava. As tais salas não davam oportunidade para um aprendizado ativo e personalizado para os alunos, não eram bem equipadas e a pesquisa, hoje em dia considerada um dos apoios do tripé que mantém a universidade, não era realizada nesses espaços. (TEIXEIRA, 2001)

Apesar de a construção do laboratório experimental ter-se iniciado em 1883, ainda em meados do século XX não era possível concluir um trabalho de pesquisa, pois a sala ainda não estava suficientemente pronta.<sup>1</sup> Assim, os estudantes que queriam seguir nessa área tinham que sair do Brasil para realizar suas teses de doutorado. Segundo a dra. Almira Dantas, o prof. Jorge Novis foi um dos maiores responsáveis – se não o maior – pelo estímulo à pesquisa no século passado. Apesar das adversidades e baixo orçamento, ele construiu o Laboratório de Nutrição (chamado de Instituto de Fisiologia) e incentivou os alunos da época a fazerem pesquisa através do investimento laboratorial e fomento de trabalhos científicos desde a década de 1950. Um fato curioso é que, mesmo o campo de prática científica do Terreiro de Jesus ainda estar em construção, o que é incomum, a dra. Almira Dantas cita a parceria com dois cientistas estrangeiros: Arpad Istvan Csapo – professor húngaro que veio ao Brasil estudar o efeito inibidor da progesterona na contração do músculo uterino e tornou-se professor honorário da faculdade em 1958, por indicação de dr. Jorge Novis; e Boi Böle Bernhard Biehl – pesquisador alemão que veio para Uruçuca (BA) para desenvolver pesquisas para identificação do perfil de aminoácidos presentes no fruto do cacau e trabalhou em parceria com o Laboratório de Fisiologia da FMB.

Esse é um bom exemplo de que a luta por uma educação de qualidade nunca deve ter fim, e com a Fisiologia não é diferente. Há sempre uma maneira de melhorar e otimizar o aprendizado e especialmente numa área do saber tão antiga e

---

1 Informações concedidas por dra. Almira Maria V. Dantas em entrevista realizada no dia 24 de julho de 2021.

que já passou por tantas transformações, a contínua busca pelo aperfeiçoamento do ensino deve ser sempre almejada. Importante também é ressaltar que essa busca resistiu mesmo com a desvalorização da área em detrimento da pesquisa, com a sobrecarga dos professores devido à antiga falta de professores substitutos, com a dificuldade de promoção dos docentes, enfim, com a grande falta de estímulo para os professores que se dedicavam ao magistério, relatada pela dra. Almira e, felizmente, sanada atualmente.

Os principais métodos de ensino também sofreram mudanças no decorrer dos anos, perpassando por transparências, muitas vezes lavando filmes de radiografias usados com alvejante para reutilização, até projetores de *slides* e o *datashow*, sem esquecer do famoso quadro negro de giz, onde os professores escreviam os temas a serem abordados na aula e apresentavam esquemas para ilustrar suas explicações. Já atualmente, com a modernização, a transparência e o quadro negro deram lugar a meios mais interativos, utilizando programas e aplicativos que simulam canais iônicos, contrações musculares, e outros processos de funcionamento do corpo humano.

Atualmente observamos a utilização ampla de meios audiovisuais, interativos de multimídia e simuladores para ensino da Fisiologia. Esses recursos substituíram, em parte, técnicas de ensino em que se utilizavam animais como ratos, rãs, sapos, coelhos, cachorros e outros animais para demonstração de fenômenos fisiológicos e que eram utilizadas desde os tempos iniciais da disciplina no Terreiro de Jesus até a primeira década do século XXI, método conhecido como *vivisseção*, técnica praticada desde a Grécia e a Roma antigas e bastante difundida por Claude Bernard. Cabe aqui um parêntese para uma curiosidade a respeito desse tema. Justamente por defender firmemente a *vivisseção*, Claude Bernard encontrou, em sua esposa, seu mais forte oponente. O casamento se desfez e Marie Françoise Martin fundou a Sociedade Francesa Anti-Vivisseção. No Brasil, desde 2008 (Lei Arouca, de 8 de outubro de 2008), o uso dessa técnica passou a ser regulamentado, tanto para o ensino quanto para a pesquisa. No caso do ensino de Fisiologia para a graduação, inicialmente a *vivisseção* foi apenas restrita para então ser finalmente proibida pelas Resolução Normativa nº 38 e Resolução Normativa nº 53 do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA) que em seu art.1º determina que “Fica proibido o uso de animais em atividades didáticas demonstrativas e observacionais que não objetivem desenvolver habilidades psicomotoras e competências dos discentes envolvidos”. Com a impossibilidade de utilização da *vivisseção* para práticas pedagógicas, mesmo na forma de vídeos de aulas práticas produzidas anteriormente, um desafio surgiu para os professores – desenvolver técnicas alternativas que pudessem despertar nos alunos os mesmos interesses nas aulas práticas. Atualmente, os professores utilizam estudos dirigi-

dos, aprendizado baseado em casos, seminários e programas interativos, porém nota-se, que, particularmente, para os discentes do curso de Medicina, os programas interativos não conseguiram despertar-lhes o interesse.

Já em relação às avaliações, desde 1816 os alunos eram submetidos a exames do ponto de vista da Fisiologia (BRITTO, [19--]), porém a reforma de 1901, criticada por não consertar deficiências crônicas e por ter feito decair a qualidade dos estudos, suspendeu a obrigatoriedade dos exames práticos da disciplina. (BRITTO, 2019) A reforma trouxe bastante descontentamento no corpo estudantil, fazendo com que iniciassem uma greve, culminando no fechamento da Faculdade de Medicina no dia 15 de junho de 1901 e posterior demissão do professor dr. José Olympio de Azevedo do cargo de diretor no dia 10 de agosto desse mesmo ano. (RAMOS, 1902) Não é possível afirmar que a revolta dos alunos tenha se gerado unicamente na mudança do ensino da Fisiologia, porém talvez seja provável relacionar que a cobrança inadequada de uma das disciplinas mais importantes do curso tenha tido impacto, sim, na insatisfação dos estudantes com o ensino na faculdade.

Mesmo décadas depois, a forma de avaliação da disciplina continuou sendo tema de ampla discussão. Segundo a dra. Almira Dantas, a avaliação do curso era composta por três componentes, duas provas parciais e uma avaliação qualitativa que levava em consideração as atividades de discussão em sala de aula, com livros e artigos científicos. Tais atividades permitiam a maior participação em sala de aula e eram essenciais para ajudar a desinibir o aluno. Associada a frequência e participação, a avaliação qualitativa, permitia uma análise longitudinal da melhora do aluno e contribuía para que o índice de reprovação não atingisse níveis tão altos. Apesar disso, mudanças foram necessárias e o curso anual com duas provas parciais e com média sete para aprovação, sofreu inúmeras modificações até chegar aos padrões atuais: inicialmente a nota passou a ser composta também por testes mensais/bimestrais, associados a um exame oral, caso o aluno não atingisse a média sete para aprovação. Como a média para aprovação na prova final de recuperação era cinco com o tempo foi observado que uma parcela significativa dos alunos era aprovada com a média cinco e esta tornou-se a média oficial para aprovação na universidade. Atualmente, com o Moodle, a avaliação qualitativa se tornou um dos itens prioritários no processo de avaliação dos estudantes, visto que é possível ter uma visão mais detalhada de sua participação, o que era mais difícil no curso presencial.

No que tange ao peso da disciplina Fisiologia em relação ao resto da faculdade, a matéria chegou a ser tão importante que já ocupou duas cadeiras dentro da academia. Porém, com o apoio do professor Sabino Silva, que argumentava que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro já tinha quatro cadeiras de Clínica e

contra a resistência do professor Aristides Novis, que dizia que a disciplina seria prejudicada com essa perda, a segunda cadeira de Fisiologia foi transformada em Clínica Médica em 1934. (FORTUNA, 2014) Entretanto, a matéria não permaneceu vinculada à Faculdade de Medicina por todo o tempo. Em 1946 foi criada a Universidade da Bahia (BRASIL, 1946), dando um senso de coletividade e união dentre todos os cursos que já existiam no estado nessa época. No bojo da Ditadura Militar, surge profunda reforma universitária, com divisão entre o ensino básico e profissionalizante, criações de instituições separadas das faculdades de saúde, como nos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição etc. Nesse pensamento, em 1968 nascia o ICS, com a intenção de agregar recursos que servissem a todos os cursos biomédicos da universidade, de modo a não haver duplicidade de instrumentos e, portanto, mais gastos. Assim, inicialmente foram criados 10 departamentos para o novo instituto, sendo o de Fisiologia um deles. Segundo a Dra. Almira, os professores de Medicina, Jorge Novis, o de Odontologia Jayme Bandeira e o de Veterinária Mauro Camargo se uniram para compor o departamento, chefiado por dr. Jayme. Porém em 1975, com uma determinação de diminuir o número de departamentos, a Fisiologia se uniu à Farmacologia para formar o Departamento das Ciências da Biorregulação. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2018) O departamento então, passou a constar com diversas disciplinas de Fisiologia para atender aos cursos de Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Educação Física entre outros. A disciplina reservada única e exclusivamente para Medicina à época era Fisiologia II, de código ICS 022, lecionada em dois semestres. Atualmente o departamento conta com 13 disciplinas de Fisiologia, três das quais disponíveis para o curso de Medicina, duas obrigatórias que já foram mencionadas e mais uma optativa, Fisiologia do Exercício de código ICS 048.

A mudança do gabinete de Fisiologia do Terreiro de Jesus para o ICS trouxe alterações para o ensino. Enquanto a disciplina era ligada à Faculdade de Medicina, ela era tradicionalmente lecionada por médicos, mesmo por aqueles que ainda não tivessem iniciado sua carreira de especialização na disciplina. Entretanto, esse cenário mudou com a transferência para o Instituto. Doutora Almira comenta que a exigência para ser professor da matéria passou para apenas ter cursado Fisiologia em sua graduação, permitindo que outros profissionais conseguissem ter acesso ao cargo. Ela relata que dessa forma o ensino tornou-se diferente porque muitas vezes os docentes médicos traziam suas experiências clínicas para dentro da sala de aula, ajudando os estudantes a compreenderem a importância daquele determinado assunto para a prática médica, algo que não seria possível com outros profissionais. A profa. Maria Auxiliadora acrescenta que a categoria médica tem demonstrado cada vez menos interesse na docência da Fisiologia, a maioria opta pelo exercício profissional e/ou pela docência na área clínica. Esse é

um desafio que vem sendo travado no ensino médico, sobretudo pelas disciplinas base do currículo médico.<sup>2</sup> Entretanto, é importante salientar que ter contato com outros polos da área da saúde pode ser benéfico ao aluno de Medicina, garantindo uma visão ampla dos assuntos abordados. Outra alteração trazida nesse contexto foi a participação de diversos professores dentro da mesma disciplina, o que levou a cada um a ensinar apenas uma parte específica dentro do programa e se responsabilizar somente por determinado assunto. Doutora Almira comenta que isso foi algo negativo, porque todos os professores dentro da matéria deveriam saber o mínimo de cada parte para ser capaz de ministrar sua aula, montar sua prova e corrigi-la de maneira satisfatória.

A transição para o ICS também afetou (negativamente) a pesquisa que se realizava na Faculdade de Medicina naquela época, haja vista que não foi possível dar continuidade aos projetos iniciados no Terreiro de Jesus, apesar dos esforços dos professores, como a própria dra. Almira. Assim, esses projetos, infelizmente, foram deixados inacabados. Além disso, vale ressaltar que, enquanto o laboratório do Terreiro de Jesus era um atrativo para os pesquisadores estrangeiros, mesmo inacabado, no ICS ocorreu o contrário. Os pesquisadores da casa tinham que sair, conforme já dito, para concluírem suas teses em outras universidades. Acredito que a mudança e a nova estrutura dos departamentos não sejam as únicas culpadas. A profa. Maria Auxiliadora relata que, até o início dos anos 2000, a grande maioria dos, já escassos, investimentos das agências financiadoras do governo federal era para as universidades do Sul e Sudeste, fazendo com que os professores e estudantes da UFBA tivessem que tirar dinheiro do próprio bolso para custear viagens e uso de equipamentos. Dessa forma, essa realidade claramente contribuía para o sucateamento da pesquisa não só na Bahia, mas em todo Norte e Nordeste. Quando se aborda o tópico financiamento da pesquisa na universidade, não podemos deixar de comentar que, no Brasil, a maior parte das pesquisas que recebem fomentos está vinculada a programas de pós-graduação e é patrocinada por agências federais, como a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). A política de investimento em educação, ciência e tecnologia varia muito de governo para governo, mas sempre está aquém da necessidade das instituições estaduais e federais de ensino superior e seus pesquisadores. O Departamento de Biorregulação do ICS nunca se estruturou para oferecer um curso de pós-graduação em Fisiologia. Os professores que estavam envolvidos em pesquisa precisavam estar vinculados

---

2 Informações concedidas por dra. Maria Auxiliadora S. Haanwinckel na entrevista realizada no dia 24 de julho de 2021.

a outros departamentos ou unidades acadêmicas da UFBA ou fora dela. Essa situação é mantida atualmente.

É interessante analisar a influência direta da disciplina de Fisiologia na organização da Faculdade de Medicina: passou de ocupar duas cadeiras dentro da faculdade para representar apenas uma parte de um departamento sediado em outro instituto. A importância do conhecimento desse componente continuou igualmente essencial para a formação médica, porém com a inclusão de novos conteúdos na grade do curso e a reformulação da estrutura deste, a Fisiologia passou a ser inserida por apenas um ano dentro do ciclo básico. (TEIXEIRA, 2001) Isso contribuiu para que muitas vezes a matéria não recebesse o devido reconhecimento dos alunos e até mesmo de professores do ciclo clínico. Doutora Almira relata que um professor já chegou a dizer que os dois primeiros anos do curso de Medicina, o ciclo básico, eram um desperdício de tempo. Com isso, ela levanta a reflexão que essa desvalorização era refletida no baixo investimento público na pesquisa nas áreas do ciclo básico.

O currículo do curso de Medicina sofreu inúmeras mudanças, como dito anteriormente, o que levanta a discussão sobre se elas foram realmente benéficas em sua totalidade. O aumento da carga horária do curso, assim como o número de disciplinas, sobrecarrega o estudante e prejudica o aprendizado. As mudanças de um currículo para um outro modelo muitas vezes também são marcadas por dificuldades no processo de adaptação. Dentre as inúmeras tentativas, algumas falham, a exemplo da tentativa de implantar um currículo modular seguindo os moldes do *Problem Based Learning* (PBL – em tradução livre, Aprendizagem Baseada em Problemas), que encontrou na segmentação entre os departamentos das matérias básicas um grande empecilho para a sua sedimentação, visto que os departamentos não ofereciam disciplinas apenas para o curso médico, mas para todos cursos da área de saúde, além disso a forma como eram estruturados não permitia a integração interdepartamental e disciplinar necessária para o funcionamento do ensino modular. O que era para ser algo integrativo, entre departamentos, ficou algo pessoal, entre professores, que tentavam organizar seus cronogramas e dar assuntos parecidos na mesma semana. Ademais, enquanto o PBL avança como a melhor forma de ensino, estamos dando um passo atrás, com a criação de cursos exclusivamente teóricos, sem aula prática para discussão, pondo em xeque se o modelo utilizado atualmente é de fato o que irá propiciar mais aprendizagem.

Como se está falando de uma disciplina ou componente curricular dentro de uma universidade pública, é importante também dar destaque para a atividade de extensão universitária. Ela conversa bastante com o ensino, haja vista que os projetos de extensão visam levar o conhecimento acadêmico à população para contribuir de alguma forma com o crescimento pessoal e/ou social de uma deter-

minada população. No entanto, ao menos no que tange à Fisiologia, é o lado mais fraco do tripé universitário, já que, historicamente, não é tão valorizado quanto o ensino e a pesquisa. A partir da recente regulamentação da atividade de extensão universitária (2018), essa realidade vem se modificando com ações de suporte e incentivos promovidas pela Pró-reitora de Extensão. A profa. Maria Auxiliadora relata que no Departamento de Fisiologia, os projetos de extensão basicamente se resumiam a cursos de extensão sobre temas da Fisiologia, com o intuito em geral de arrecadar fundos para as pesquisas. Atualmente projetos que promovem a interação de discentes do curso de ciências biológicas e alunos de ensino médio de escolas públicas, para promover conhecimentos em Fisiologia e projetos nos quais discentes do curso de Medicina promovem ações em prol do envelhecimento saudável em comunidades carentes de Salvador, são exemplos de atividades de extensão que são realizadas atualmente.<sup>3</sup>

Também não é possível ignorar a grande mudança na estrutura do ensino da Fisiologia trazida pela pandemia. No que tange aos recursos de ensino, graças à ampla gama de recursos tecnológicos e ausência do uso de laboratórios experimentais, a transição nesse sentido não foi tão sentida. Entretanto, tanto professores quanto alunos sentiram dificuldade no processo. Por parte dos docentes, a profa. Maria Auxiliadora relata que nas atividades *on-line*, para cada hora de aula gravada, muitos professores chegam a levar seis horas para gravar e, muitas vezes, é preciso dividir o tema em três aulas de 30 minutos cada. E mesmo assim, apesar da dificuldade para preparar a aula, o *feedback* dos alunos é baixo e as discussões poucas vezes são instigantes de forma assíncrona. Por outro lado, estudantes relatam como pontos positivos a possibilidade de pausar o vídeo e fazer seu próprio horário, apesar de ser mais cansativo e, muitas vezes, ter a carga horária mais exaustiva. Os estudantes também encontram dificuldades para o estudo, visto que a biblioteca da universidade não disponibilizou livros de Fisiologia comumente usados na disciplina de maneira digitalizada, impossibilitando o acesso dos estudantes a esses conteúdos.

Por fim, é importante destacar que a história do ensino da Fisiologia também perpassa pela história dos professores que exerceram tão nobre função. No passado o curso teórico era lecionado somente pelo catedrático ou livre docente, enquanto as práticas eram lecionadas pelo professor assistente, algumas vezes auxiliado pelo monitor.

A atividade de monitoria dos acadêmicos, além de grande auxílio no processo de ensino e aprendizagem do componente, pode despertar, para um futuro não

---

3 Informações concedidas por dra. Maria Auxiliadora S. Haanwinckel na entrevista realizada no dia 24 de julho de 2021.

muito longínquo, o desejo vocacional para a docência. No caso da Fisiologia, hoje em dia existem, em média, três bolsas de monitoria para 15 disciplinas. Segundo a profa. Maria Auxiliadora, atualmente a distribuição de vagas de monitoria segue o seguinte critério: docente com dedicação exclusiva pode orientar até três monitores, docente de 40 horas, até dois monitores e, por fim, docente de 20 horas, um monitor. Existem duas grandes (e curiosas) mudanças perceptíveis entre os cenários das gerações em pauta no que tange a monitoria. A profa. Maria Auxiliadora expõe que quando pertenceu ao grupo de monitores o tempo de permanência nas funções pertinentes a monitoria dependia exclusivamente do interesse e desejo do discente, tal como do aval do docente responsável pela disciplina; portanto, não era incomum que os alunos cursassem o componente no segundo ano e, logo em seguida, compunham o quadro de monitores do terceiro ao sexto ano de curso médico. No atual regimento, o contrato é feito para dar chance a um maior número de pessoas. Para que mais alunos possam participar da monitoria, o tempo de permanência máxima de vigência contratual do processo seletivo passa a ser dois semestres letivos, ou seja, há apenas uma renovação no semestre seguinte à admissão. Há duas faces desta mudança: para o departamento, ter um monitor com experiência de três anos significa ter um monitor muito mais qualificado, uma vez que o treinamento e preparação nas atividades demandam tempo; todavia, em termos de títulos na graduação, é crucial ter esta experiência curricular alcançando cada vez mais discentes. Dra. Almira descreve que em seu tempo, segundo o regimento da reitoria, que seguiam as recomendações do Ministério da Educação, ao monitor era vedado ministrar aulas; este era uma pessoa com participação na avaliação e em uma série de atividades; no entanto, ainda assim, seria possível presidir a aula expositiva quando (e apenas) na presença do docente responsável e depois que estivesse bem treinado e seguro para exercer essa função.

Uma outra mudança são os encontros de sessões científicas quinzenais antes realizadas com todos os monitores do departamento. A profa. Maria Auxiliadora fala com vigor das amizades que leva até os dias de hoje, herdeiras desta época: todos os monitores (independente do seu professor associado) reuniam-se em dias predeterminados para discussão de casos clínicos e artigos científicos juntamente com os docentes da área. As reuniões científicas ainda acontecem no departamento, entretanto, talvez pelo maior número de disciplinas abarcadas pelo este e, conseqüentemente, maior número corporativo, estas sessões científicas são restritas aos grupos de cada componente curricular ou às reuniões entre docente e seus respectivos monitores; a marcação de horários comuns sempre foi uma dificuldade, comenta a profa. Maria Auxiliadora, todavia, é facilmente notável a segregação do departamento por questões, antes de tudo, logísticas.

Independentemente, os docentes da disciplina foram essenciais na formação dos grandes médicos da FMB, e muitos realizaram feitos incríveis tanto dentro da Fisiologia quanto fora dela. Portanto, aqui segue um breve relato de algumas das figuras mais ilustres que desempenharam tal papel.

## BIOGRAFIAS

O já citado Manuel José Estrella foi incumbido da difícil tarefa de ser o primeiro professor de Fisiologia da faculdade, antes mesmo da disciplina ser oficialmente instituída. Era um professor dedicado que tentava superar as dificuldades de uma instituição de ensino que não possuía nenhum material próprio. Mais que dedicado, era um amante da Fisiologia a ponto de traduzir um livro de Bichat, em 1816, diretamente do francês para democratizar o ensino dessa ciência para seus alunos. Dedicou-se à academia por 21 anos e foi considerado um dos fundadores do ensino da Fisiologia no Brasil. (SILVA JÚNIOR, 1987)

O também mencionado Francisco de Paula Araújo e Almeida, um dos primeiros médicos formados na escola, além de importante político no processo de implantação de um novo ensino médico, também foi um professor exemplar. Futuramente diretor da faculdade eleito três vezes consecutivas, o lente se destacava e diferenciava dos outros professores por não ler capítulos de livros nas aulas, mas de maneira mais didática expor, com os conhecimentos que tinha do assunto, o que quer que quisesse que os alunos aprendessem. Redigiu diversos escritos sobre Fisiologia que, assim como suas aulas, não seguiam apenas um autor, mas eram uma fusão entre ideias de diversos outros e as suas próprias. (SILVA JÚNIOR, 1987; TEIXEIRA, 2001)

Justiniano da Silva Gomes foi professor da cátedra de Fisiologia de 1844 a 1861. Apesar de ter escrito um plano para a disciplina na sua tese sustentada para o concurso que abriria vaga para a cadeira, de ter sido considerado por outros lentes como um excelente e dedicado docente e de ter conduzido os primeiros anos do curso com aparente maestria, com o passar dos anos, a ânsia dos alunos por experiências mais práticas na matéria (que à época não eram ofertadas pela falta de um laboratório adequado) fê-los considerarem o curso de baixíssimo padrão, resultando no jubramento do professor. Este infelizmente sofreu tanto desgosto com a expulsão inesperada que se afundou na miséria, abandonado por amigos e colegas, falecendo de tuberculose em 1882. (SILVA JÚNIOR, 1987)

Antônio Januário de Faria permaneceu por apenas dois anos na cátedra de Fisiologia (1862-1864), pois se transferiu para a Clínica Médica. Porém, foi de importância sublime para a história da faculdade. Tendo participado interinamente de diversas outras disciplinas e sendo um professor eloquente, encantando seus

alunos com seus conhecimentos que iam para além de uma área do saber, foi nomeado também diretor da Faculdade de Medicina e um dos idealizadores da *Gazeta Médica da Bahia* – uma das primeiras revistas médicas no país. (JACOBINA, 2008)

Jerônimo Sodré Pereira foi importante tanto dentro da faculdade quanto fora dela. Sendo o dono da cadeira de Fisiologia por quase 20 anos (1865-1883), era reconhecido pelos alunos como muito bom, apesar da falta de práticas devido aos escassos recursos da faculdade, fato que ainda assombrava os estudantes. Sendo assim, o professor lutou ativamente pela implantação do Laboratório de Fisiologia, mesmo após sua aposentadoria, até finalmente conseguir fazê-lo. Fora dos muros da academia foi também político e um notável defensor da abolição da escravatura. (SILVA JÚNIOR, 1987)

Manoel José de Araújo foi essencial, junto com a ajuda do prof. Jerônimo Pereira, para o estabelecimento e ministério do curso prático de Fisiologia no recém-criado e tão esperado laboratório. Era considerado um excelente docente, tanto pelas suas qualidades acadêmicas quanto pela sua personalidade em si, tendo exercido sua profissão por 26 anos até sua morte. Também foi interino de Patologia Geral e de Matéria e Terapêutica, assim como bibliotecário e vice-diretor da faculdade. (SILVA JÚNIOR, 1987)

Pedro Luiz Celestino também fez história sendo o primeiro professor não branco (citado como “mestiço”) da cátedra. Sua vocação era a química, mas aceitou a tarefa com primor. No início da sua docência foi levemente criticado por não ofertar um curso tão prático e experimental quanto Manoel José de Araújo, porém, chegou a até mesmo ir a Berlim para se familiarizar mais com a Fisiologia e melhorar sua experiência como professor. No geral, foi considerado um bom professor pelos seus curtos quatro anos na disciplina (1912-1916). (SILVA JÚNIOR, 1987)

Aristides Novis ingressou na FMB aos 16 anos e seguiu uma caminhada brilhante. Devido à sua tese para doutor, ganhou uma viagem para estudar na Europa. Em 1919 tornou-se professor catedrático de Fisiologia na FMB. Era um professor descrito como brilhante sempre lembrado pela didática e compostura impecáveis. (TEIXEIRA, 2001) É um dos professores mais citados na história da faculdade do século XX, e permaneceu na memória da academia, dos seus estudantes e dos seus sucessores, sendo tido como referência e exemplo de professor até os dias de hoje. Entre 1931 e 1932 foi diretor da faculdade até o dia 22 de agosto de 1932, quando renunciou à direção em solidariedade aos 514 alunos e 6 professores presos após a invasão da faculdade por tropas de Juracy Magalhães. (ARISTIDES..., [201-]) Sua docência foi tão fascinante que inspirou seu filho, Jorge Novis, a seguir seu caminho.

Sabino Lobo da Silva era, além de médico, também dentista. Assumiu a posição de professor substituto de Fisiologia (1921-1927) após apresentar tese orientada

pelo seu colega Aristides Novis, posteriormente se tornando professor catedrático de Fisiologia, segunda cadeira de Medicina (1927-1934). Exerceu sua função com primor, sendo considerado um excelente professor. Se transferiu para a terceira cadeira da Clínica Médica em 1934.

Jorge Augusto Novis formou-se na FMB em 1943. Já no ano seguinte começou a carreira magisterial como assistente de Fisiologia. Em 1953, após a morte do seu pai, assumiu a cátedra de Fisiologia da FMB, sendo tão bom (ou talvez até melhor) professor quanto seu pai, devido à didática impecável, popularidade entre os estudantes e conhecimento vasto das práticas da disciplina. Sabendo da importância do laboratório para ensino e pesquisa, lutou bastante durante sua docência para a fundação do Instituto Experimental em Fisiologia. Conseguiu criar um biotério, concretizando de vez o sonho de um laboratório experimental, e organizando um grupo de pesquisa que conseguiu feitos extraordinários, mesmo com poucos recursos. Entretanto, apesar de ter conseguido financiamento até mesmo da Fundação Rockefeller, a falta de garantias e remuneração do trabalho no laboratório gradativamente desestruturou o grupo de pesquisa. Com a transferência das atividades da disciplina para o ICS encerrou-se de vez a chance de montar o Instituto Experimental, marcando também a aposentadoria do professor Jorge Augusto Novis. (TEIXEIRA, 2001) Em 1968, ele foi classificado como titular, tendo sido o último catedrático de Fisiologia da FMB. A partir dessa data, os próximos professores titulares de Fisiologia teriam seus concursos realizados no ICS da UFBA.

Luiz Fernando Seixas de Macêdo Costa, nascido em Aracaju, veio para Salvador com dois anos e aqui ficou até 1949 quando se formou pela FMB, recebendo o Prêmio Manuel Victorino de aluno com a melhor média ao longo da graduação. Em 1951 tornou-se professor adjunto de Fisiologia da FMB. Em 1971 tornou-se professor titular de Fisiologia do ICS. Ainda foi chefe do Departamento de Fisiologia (1973 e 1975) e do Departamento de Ciências da Biorregulação (1976 e 1978). Posteriormente se tornou reitor da UFBA, quando teve o papel essencial de criar a Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão (Fapex), o Centro de Processamento de Dados (CPD) e o Restaurante Universitário (RU).

Emílio José de Castro e Silva exerceu a docência em Fisiologia no Departamento de Biorregulação como professor adjunto, no período de 1979 a 1999 e como professor titular de Fisiologia, de 2000 até seu falecimento em 2010. Formado em Medicina pela mesma universidade em 1976, foi para Itália fazer residência em Clínica Médica em 1977 e, posteriormente, doutorado em Fisiologia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) em 1986. Fez pós-doutorado no Departamento de Psicologia da Universidade de Iowa, nos EUA, em 2000-2001. Coordenou o Laboratório de Neurociências do Departamento de Biorregulação do ICS/UFBA onde desenvolveu pesquisas sobre o controle central do equilíbrio hidroeletrólí-

tico, controle central da pressão sanguínea, controle central da glicemia e ação de fármacos sobre o sistema nervoso central, com ênfase especial à investigação do papel dos mecanismos serotoninérgicos e histaminérgicos centrais nos parâmetros mencionados. Quando na UFBA, além de um excelente professor e pesquisador, foi assessor de Assuntos Internacionais, responsável por aumentar a significância da UFBA no exterior, o que resultou em parcerias para intercâmbio com universidades de diversos países.

Almira Maria Junquilha Vinhaes decidiu ir contra o estigma social de que Medicina era uma profissão apenas para homens e, em 1951, ingressou na Universidade da Bahia. Desde o terceiro ano do curso começou a se aproximar da Fisiologia, participando da cadeira de Fisiologia como aspirante, na qual pôde participar de projetos de pesquisa com o ilustre dr. Jorge Novis. Após se formar – em 1956 – foi assistente voluntária até 1974, quando foi aprovada para professora adjunta de Fisiologia no ICS. Lá permaneceu até se aposentar em 1995. Mesmo após a aposentadoria, continuou ministrando aulas em outras disciplinas e durante o seu espetacular período de docência, sempre se preocupou com o que dizia ser a prioridade de uma faculdade: os alunos. Foi várias vezes vice-chefe do Departamento das Ciências da Biorregulação e vice-coordenadora e coordenadora do colegiado do curso de Medicina. Em 1999 ingressou na cadeira de nº 1 do Instituto Bahiano de História da Medicina, na qual permanece até hoje.

Josmara Bartolomei Fregoneze, graduada em Enfermagem, foi a primeira mulher a assumir a posição de professora titular de Fisiologia do Departamento de Biorregulação do ICS da UFBA. Ela iniciou a docência na UFBA em 1992, inicialmente no Instituto de Biologia, ensinando Fisiologia Animal Comparada. Posteriormente se transferiu para o ICS e passou a ensinar Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, para o curso de Medicina, além de orientar alunos de mestrado e doutorado, como docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Patologia Humana e Patologia Experimental (UFBA/Fiocruz) até sua aposentadoria em 2017. A profa. Josmara completou seu mestrado e doutorado em Fisiologia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e fez o pós-doutorado na Universidade de Iowa, nos Estados Unidos. Antes de entrar para o quadro docente da UFBA, a profa. Josmara foi docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, onde ensinou Fisiologia Cardiovascular e Fisiologia Respiratória de 1989 a 1992. Sua linha de pesquisa era na área de Fisiologia de Órgãos e Sistemas, com ênfase no controle de apetite por sal e regulação cardiovascular.

Maria Auxiliadora Santos Haanwinckel foi a segunda mulher a assumir a posição de professora titular de Fisiologia do Departamento de Biorregulação do ICS da UFBS, onde iniciou a docência em 1991. Já durante a graduação em Medicina, ela se interessou pela Fisiologia, quando realizou um curso de verão no Departamento

de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão-Preto da USP, em 1981. No retorno à UFBA, sob a orientação de Almira Dantas, exerceu atividade de monitoria em Fisiologia. Maria Auxiliadora realizou seu mestrado em Fisiologia e o doutorado em Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Durante a docência em Fisiologia participou de disciplinas para diversos cursos na área de saúde, com ênfase na Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, disciplina oferecida ao curso de Medicina. Diversos alunos em projetos de iniciação científica, monitoria, extensão estiveram sob sua orientação. Exerceu atividades administrativas como a chefia e vice-chefia de departamento em duas gestões. Colaborou no Programa de Pós-Graduação em Nutrição (UFBA) como docente permanente. Seu interesse em pesquisa abrange os seguintes temas: desnutrição proteica e regulação neuroendócrina do equilíbrio hidroeletrólítico.

Maria José Pedreira Ramalho, graduada em Medicina, foi professora adjunta de Fisiologia do Departamento de Biorregulação, onde iniciou a docência em 1984. Já durante a graduação na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), iniciou sua trajetória na Fisiologia, como monitora, orientada por Almira Vinhaes Dantas. Fez doutorado em Fisiologia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Orientou alunos em projetos de monitoria, iniciação científica e pós-graduação nas linhas de pesquisa Neuro-imuno-endocrinologia do Estresse e Disfunção Tireoidiana.

Geóvana Novaes, graduada em Ciências Biológicas, foi professora adjunta de Fisiologia do Departamento de Biorregulação no ICS, onde exerceu a docência de 1974 a 2002. Fez o mestrado em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o doutorado em Gastroenterologia na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Orientou graduandos do curso de Medicina em projetos de monitoria e iniciação científica, desenvolvendo estudos sobre os efeitos da toxina de escorpião *Tityus serrulatus* na secreção pancreática e pancreatite experimental.

Além desses docentes citados, diversos outros profissionais se destacaram ao longo dos 205 anos de Fisiologia como disciplina na FMB e no ICS. A seguir, no Quadro 1, apresentamos uma lista, em ordem alfabética, dos docentes que participaram de disciplinas de Fisiologia ministrada no curso de Medicina.

**Quadro 1** – Docentes das disciplinas de Fisiologia para o curso de Medicina na Faculdade de Medicina da Bahia desde a sua oficialização até o ano de 2020, em ordem alfabética

Almira Maria Vinhaes Dantas
Antônio Januário de Faria
Antonio José de Alencar Gonçalves
Antonio Luiz Matheus Biscaia

Antônio Ribeiro Gonçalves Bastos
Aristides Novis
Carlos Alfredo Marcílio de Souza
Carlos Gilberto Widmer
Cezar Orrico Neto
Cloud Kennedy Couto de Sá
Emílio José de Castro e Silva
Francisco de Paula Araújo e Almeida
Géovana Novaes
Helton Estrela Ramos
Jerônimo Sodré Pereira
Jesus Barreiro Duran
Joaquim Climério Dantas Bião
Jorge Augusto Novis
José Simões e Silva Júnior
Josmara Bartolomei Fregoneze
Justiniano da Silva Gomes
Lúcia Maria Rêgo
Luciana Mattos Barros Oliveira
Luiz Fernando Seixas de Macedo Costa
Luiza Adoni Salinas
Manoel José de Araújo
Manuel José Estrella
Maria Auxiliadora Santos Haanwinkel
Maria José Pedreira Ramalho
Marta Maria Oliveira Cruz
Neilton Antunes de Amorim
Olziel Marques Oliveira
Pedro Luiz Celestino
Sabino Lobo da Silva
Samira Itana de Souza

Fonte: elaborado pelos autores.

Por fim, não podemos esquecer das equipes de monitoria de Fisiologia, formada pelos próprios alunos da faculdade, as quais auxiliam na preparação das aulas

práticas, na formulação de simulados não pontuados e na fiscalização de avaliações junto aos professores. Ademais, por muito tempo, como dra. Almira disse, as monitorias eram o primeiro contato que os alunos tinham com a docência, isto é, tinha a função de começar a mostrar e preparar os monitores para uma futura carreira acadêmica. A seguir, no Quadro 2 estão listados, em ordem alfabética, monitores de Fisiologia da Faculdade de Medicina e do ICS, desde 1953:

**Quadro 2** – Monitores das disciplinas de Fisiologia para o curso de Medicina na Faculdade de Medicina da Bahia desde a oficialização da monitoria até o ano de 2020, em ordem alfabética

Alan José Alcântara de Figueiredo Júnior
Alexander Braun
Almira Maria Junquilha Vinhaes
Amanda Lis Carneiro Patas
Ana Maria Silva da Rocha
Ana Marice Teixeira Ladeira o
Anthony Lee Worley
Antonio Luiz Matheus Biscaia
Augusto Feliciano de Castilho
Bruno Alexsander França dos Santos
Cassio Augusto Estrela Morbeck
Cloud Kennedy Couto de Sá
Cristina Nadja Muniz Lima de Falco
Edna Lúcia Rodrigues Souza
Eduardo Faria Soares de Magalhães
Emílio José de Castro e Silva
Enock Ferreira dos Santos Neto
Felipe Emanuel Amorim S. Barbosa
Henrique Gil da Silva Nunesmaia
Iara Cerqueira de Santana
Igor Esquivel Souza
Irene Maria Fraga Teixeira
Ivonise Follador
Joberto Moura Acioli
Juçara Cerqueira Lima
Júlio Licínio de Castro Paixão
Larissa Ohana Santos Rodrigues de Araújo

Leyla Karoline Miranda Moreira
Lia Diniz de Medeiros
Liliane Christine Reis Purificação
Lucas de Barros Navarro
Luiz Augusto Pereira Biscaia
Luiz Eugênio Portela de Souza
Márcia Liane da Silva Lobo
Marcos Vaz Porto
Maria Auxiliadora Santos Haanwinckel
Maria das Graças Nunes Pires
Nelson Bahia Góes Filho
Olaf Andres Kraus
Olziel Marques Oliveira
Osório José de Oliveira Filho
Parascos Dracoulakis Sobrinho
Paulo Cesar Boente Santos
Pedro Ferreira Ramos Neto
Pedro José Ramiro Muños
Renato D'Oliveira Vieira
Roberto Alves Alvim
Thiago Santana Pereira
Yurgan Targe Passos Santana

Fonte: elaborado pelos autores.

## REFERÊNCIAS

AIRES, Margarida de Mello. *Fisiologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

ARISTIDES Novis. [Salvador], [201-]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/67>. Acesso em: 26 jun. 2021.

BERALDO, Wilson Teixeira. *Maurício Rocha e Silva*. 1984. Conferencias Inaugural da SBHC, 23 mar. 1984. Disponível em: [https://www.sbhc.org.br/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=308](https://www.sbhc.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=308). Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. Decreto nº 16.782-A, de 13 de janeiro de 1925. Estabelece o concurso da União para a difusão do ensino primario, organiza o Departamento Nacional do Ensino, reforma o ensino secundario e o superior e dá outras providencias. *Collecção das Leis da Republica dos Estados Unidos do Brasil de 1925*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 20, 1926.

BRASIL. Decreto-Lei nº 9.155, de 8 de abril de 1946. Cria a Universidade da Bahia e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 12 abr. 1946. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del9155.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del9155.htm). Acesso em: 1 jul. 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879. Reforma o ensino primário e secundário no município da Corte e o superior em todo o Império. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, v. 1, pt. 2, p. 196, 1879.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. Fechamento da faculdade de medicina e de farmácia da Bahia, no terreiro de Jesus, em 14 de junho de 1901 pelo ministro da justiça e negócios interiores, Epitácio da Silva Pessoa, sendo reaberta por decreto de 19 de janeiro de 1902. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, ano 144, v. 80, n. 22, p. 57-69, jul. 2019. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/200>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *História da medicina: memória histórica do colégio médico-cirúrgico da cidade da Bahia – (1816)*. [S. l.], [19--]. Disponível em: [http://www.medicina.ufba.br/historia\\_med/hist\\_med\\_art33.htm](http://www.medicina.ufba.br/historia_med/hist_med_art33.htm). Acesso em: 29 jun. 2021.

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. 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. 1-46, jul. 2010. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/204>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BUENO, Lino Oliveira Bueno. Miguel Covian, Claude Bernard e as raízes da psicobiologia no Brasil. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, Córdoba, v. 8, n. 2, p. 22-30, mayo/ago. 2016. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3334/333449322003.pdf>. Acesso em: 30 set. 2021.

CARVALHO FILHO, José Eduardo Freire. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia no ano de 1909 a 1910*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1913. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/26538>. Acesso em: 25 jun. 2021.

CASTRO FILHO, Bernardo Galvão. *Discurso de Posse na Academia de Medicina da Bahia de Bernardo Galvão Castro Filho*. Salvador, 8 dez. 2002. Disponível em: <https://www.academiademedicina-ba.org.br/discursos/discursos-de-posse/discurso-de-posse-na-academia-de-medicina-da-bahia-de-bernardo-galvao.html>. Acesso em: 29 jun. 2021.

COUTO, José Luiz de Almeida. *Quaes são os melhores meios therapeuticos de combater o beribéri?* 1871. Tese de concurso (Secção Médica) – Faculdade de Medicina da Bahia, Bahia, 1871. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12531>. Acesso em: 30 jun. 2021.

D'AZEVEDO, José Olympio. *Memória histórica: dos acontecimentos mais notáveis da Faculdade de Medicina da Bahia relativos ao ano de 1883*. Salvador, 1884. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/27394>. Acesso em: 24 jun. 2021.

- LUIZ Fernando Seixas de Macêdo Costa: professor catedrático de fisiologia. [201-]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/99>. Acesso em: 29 jun. 2021.
- FEY, W. Bruce. Jean François Fernel. *Clinical Cardiology*, Hoboken, v. 20, n. 16, p. 1037-1038, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6655967/pdf/CLC-20-1037.pdf>. Acesso em: 1 out. 2021.
- FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. *Memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia: faculdade livre): 1925-1941*. Salvador: [s. n.], 2014. v. 2, part. 2. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/24837>. Acesso em: 29 jun. 2021.
- GOMES, Justiniano da Silva. *Plano e methodo de hum curso de physiologia*. 1844. Tese de Concurso (Professor Catedrático de Fisiologia) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1844. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12486>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- GOMES, Marleide da Mota; ENGELHARDT, Elias. Claude Bernard: Bicentenary of Birth and his Main Contributions to Neurology. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 72, n. 4, p. 322-325, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/261839090\\_Claude\\_Bernard\\_bicentenary\\_of\\_birth\\_and\\_his\\_main\\_contributions\\_to\\_neurology](https://www.researchgate.net/publication/261839090_Claude_Bernard_bicentenary_of_birth_and_his_main_contributions_to_neurology). Acesso em: 1 out 2021.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CHAVES, Leandra; BARROS, Rodolfo. A “Escola Tropicalista” e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, p. 86-96, 1 jan. 2008. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/971/950>. Acesso em: 1 jul. 2021.
- LEITE, Geraldo. *Centenário do prof. Jorge Novis*. Feira de Santana: [s. n.], 2019. Disponível em: <https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2019/07/CENTENARIO-JORGE-NOVIS-DISCURSO-GERALDO-LEITE.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.
- LINS, Ivan. *História do positivismo no Brasil*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1964.
- LINS, Ivan. Resenha de: O Positivismo e a realidade brasileira. *Revista de História*, São Paulo, v. 32, n. 65, p. 253-256, 1966. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9141.rh.1966.124052>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/124052>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- MONIZ, Gonçalo. Obras Raras Fiocruz: a medicina e sua evolução na Bahia. *Diário Oficial*, Salvador, p. 1-116, 2 jul. 1923. Disponível em: <https://www.obrasraras.fiocruz.br/media.details.php?mediaID=236>. Acesso em: 24 jun. 2021.
- RAMOS, Deocleciano. *Memoria historica: mais notaveis acontecimentos escolares do anno lectivo de 1901*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1902. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/27279>. Acesso em: 25 jun. 2021.

SILVA JÚNIOR, José Simões e. *A Cátedra da Fisiologia na Faculdade de Medicina da Bahia: 1815-1970*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1987.

TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória Histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. 3. ed. Salvador: Edufba, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/16773/1/memoria-historica-faculdade-medicina.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

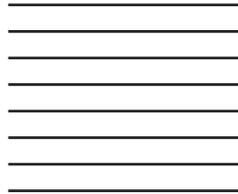
TOURINHO, Demetrio. *Memoria Historica: dos acontecimentos notaveis ocorridos no anno de 1870 na Faculdade de Medicina da Bahia: Lida à respectiva concreção em 1 de março de 1871*. Rio de Janeiro: Impresa Nacional, 1905. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/27271>. Acesso em: 24 jun. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Ciências da Saúde. *Relatório de Gestão do Exercício 2018*. Salvador, 2018. Disponível em: [https://proplan.ufba.br/sites/proplan.ufba.br/files/instituto\\_de\\_ciencias\\_da\\_saude\\_1.pdf](https://proplan.ufba.br/sites/proplan.ufba.br/files/instituto_de_ciencias_da_saude_1.pdf). Acesso em: 30 jun. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Dois pioneiros da pesquisa*. Belo Horizonte, [2017]. Disponível em: <https://www.ufmg.br/90anos/dois-pioneiros-da-pesquisa/>. Acesso em: 30 set. 2021.

VELLOSO, Verônica Pimenta. Escola de Medicina da Bahia. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930)*. Rio de Janeiro, [202-]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escirba.htm>. Acesso em: 10 jul. 2021.

WATSON, James; CRICK, Francis. Molecular Structure of Nucleic Acids: A Structure for Deoxyribose Nucleic Acid. *Nature*, London, n. 248, 1974. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/248765a0>. Acesso em: 12 jul. 2021.



**12**

**SAÚDE E CUIDADO DO ESTUDANTE DE MEDICINA: O QUE  
A HISTÓRIA NOS ENSINA, COMO AS EXPERIÊNCIAS NOS  
DESAFIAM**

*Camila Miyashiro*  
*Carolina Oliveira Lima Ferreira*  
*Carolina Pereira de Lima*  
*Jardel Carvalho dos Santos Lima*  
*Juliana Martins do Nascimento*  
*Laís Marion Soares Bastos*  
*Laura Soares Gandra*  
*Letícia Silveira Vasconcelos*  
*Luciana Santos Arruda*  
*Rafaela Assis de Araújo Sales*  
*Rita de Cássia Fagundes Gonzales*

## INTRODUÇÃO

*Ensinando com dilemas*

*Chegam em busca de um lugar  
Um cantinho pra se apoiar  
E num primeiro momento  
Sua história vão contar.*

*É tanta diversidade,  
Vindos de tanto lugar.  
Cada um com seus sacrifícios  
A medicina, tão almejada,  
conseguiram alcançar.*

*Muita complexidade,  
Que veio, e a chegar  
A sobrecarga das aulas,  
É só pra começar  
Manutenção longe de casa,  
Dos vínculos a se afastar  
Na juventude da vida,  
é muita coisa para aguentar.*

*A estrutura imperial,  
Na bicentenária a operar...  
Se o perfil é questionador,  
Difícil não se afetar.  
Seguem criativos e articulados,  
Com estratégias a inventar.*

*As articulações seguem sempre  
A cada dia se reinventar  
Com isso, conseguem  
Muitas vitórias alcançar  
Mas como, em tudo, exigem sempre,  
Perfeitamente funcionar,  
Mesmo com o lado bom,  
continuam a se sobrecarregar...*

*Permanecer tem sido,  
Um eterno desafiar...  
Na construção de suas histórias  
Seguem a ressignificar  
Derrubando os 'muros invisíveis'  
Podem seguir e se formar*

*Um pertencimento possível,  
Tentam consolidar, percebendo,  
Ao avançar no curso,  
Que, mesmo não 'tradicionalmente'  
Esse também, é seu lugar.  
Sem o dado 'limite ao berimbau'  
Nas áreas da medicina,  
Seguem a se destacar.*

*O trabalho de um NAPP  
é um eterno desafiar,  
Um estímulo constante,  
A sempre se reinventar.  
Os dias não estão fáceis  
O lema agora, tem sido:  
Se é público, vamos sucatear!*

*Acreditamos numa formação médica  
Diferente, dessa que há,  
Sem as questões de saúde mental  
Aos NAPPs, limitadamente, delegar  
Isso é papel de todos, nas faculdades,  
Mas tá difícil conseguirem enxergar....  
Diante de tanta complexidade,  
Não tem nem como,  
Tudo consegui abarcar  
Mas já finalizando,  
Uma coisa posso afirmar:*

*Com suas lutas e dilemas,  
Exemplos a evidenciar  
Para a escola da vida,  
São médicos, sem graduar.  
Com suas trajetórias de crescimento  
Podem, diariamente, nos ensinar.  
(Lú Arruda)*

Neste capítulo, são apresentadas considerações sobre a saúde mental e práticas de autocuidado, entre estudantes de Medicina, a partir da experiência do Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAPP) situado na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Para tanto, são resgatados os fatores envolvidos no adoecimento dos estudantes de Medicina; destacados os marcos históricos que estruturaram o apoio em saúde mental desenvolvido nas escolas médicas brasileiras; e caracterizadas as primeiras iniciativas que subsidiaram a formalização de um núcleo com esta finalidade na FMB. Além disso, o leitor pode-

rá conhecer como esse apoio está sendo ofertado, na atual experiência de trabalho realizado no núcleo. Finalmente, trazemos as percepções de alguns estudantes sobre os possíveis agravos à saúde sofridos ao longo do curso, bem como suas estratégias de cuidado com a saúde, que nos apontam aspectos essenciais a serem considerados.

Para a construção da análise aqui apresentada, houve uma escrita colaborativa protagonizada pela equipe permanente do NAPP/FMB/UFBA, por profissionais colaboradores e, principalmente, por representantes dos que vivenciam a realidade discutida: os estudantes. A metodologia desenvolvida englobou a delimitação do referencial teórico, a análise documental dos trabalhos de conclusão de curso produzidos na faculdade e a realização de entrevistas, que possibilitaram subsidiar alguns tópicos, a partir das percepções coletadas. Nossos esforços foram no sentido de apresentar uma escrita clara e acessível, propondo ao leitor o contato com a temática de uma forma leve e fluida, sem, contudo, abandonar o rigor científico.

Seguindo a fluidez do curso das águas, convidamos o leitor a navegar nesta temática, de forma que possa usar nossa escrita como instrumento para deslizar pelo roteiro dos itens desenvolvidos. No final dessa leitura/aventura, esperamos que compreenda o fenômeno estudado, de modo a identificar as particularidades que afetam a qualidade de vida dos estudantes e a ter uma amostra das muitas ações possíveis no sentido de promoção da saúde. Esperamos, que o mergulho instigante na sistemática do trabalho desenvolvido pelo NAPP/FMB/UFBA seja um estímulo, para que cada um que aceite este convite possa se tornar um entusiasta desta iniciativa, que tem enfrentado uma correnteza de desafios para se tornar conhecida e reconhecida no contexto acadêmico.

## **SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE DE MEDICINA**

A Saúde Mental (SM) e a Qualidade de Vida (QV) dos estudantes de Medicina têm sido objeto de preocupação há muitos anos e em diversos países. Além da percepção corrente daqueles que fazem parte do ambiente de formação médica acerca do estresse físico e emocional a que estão submetidos os acadêmicos, os riscos aumentados e a maior prevalência de transtornos mentais e sofrimento psíquico neste grupo estão fartamente documentados na literatura.

Revisões Sistemáticas (RS) publicadas entre 2014 e 2016 na China, nos Estados Unidos da América e na Inglaterra trazem o seguinte panorama com relação à esta questão: a taxa de prevalência de depressão ou sintomas depressivos variou entre 11% e 27% (CUTTILAN; SAYAMPANATHAN; HO, 2016; ROTENSTEIN et al., 2016); a ansiedade teve uma taxa de prevalência que oscilou entre 7,04% e 65,5% (CUTTILAN; SAYAMPANATHAN; HO, 2016; HOPE; HENDERSON, 2014); a taxa de

prevalência da ideação suicida foi de 3% a 10,2% (CUTTILAN; SAYAMPANATHAN; HO, 2016; ROTENSTEIN et al., 2016); e o sofrimento psicológico apareceu com uma taxa de prevalência entre 12,1% e 96,7%. (HOPE; HENDERSON, 2014)

Em estudos ainda mais recentes, a síndrome de Burnout teve uma taxa de prevalência estimada de 44,2%. (FRAJERMAN et al., 2019) Uma revisão integrativa com dados de estudantes de Medicina da Itália, encontrou uma taxa de prevalência de sintomas depressivos que variou entre 2,5% e 21,4% e taxa de prevalência de pensamentos suicidas foi de 17%. (SAMPOGNA et al., 2020) Em pesquisa conduzida em escolas médicas dos Estados Unidos da América e do Caribe, estudantes relataram uma redução de 60,9% no seu bem-estar físico, 66,3% no seu bem-estar emocional e 56,9% no seu bem-estar social, desde que ingressaram na graduação. (RAJAPURAM et al., 2020)

Resultados similares foram encontrados em uma RS publicada no Brasil: a taxa de prevalência da depressão sumária e em níveis amenos variou entre 23,3% e 30,6%; os transtornos mentais comuns tiveram uma taxa de prevalência de 31,5%; outras formas de sofrimento psicológico também foram investigadas, como o Burnout, a ansiedade e a ideação suicida. (PACHECO et al., 2017) Em pesquisa conduzida no país com estudantes de Medicina de diversas escolas médicas, foi encontrada uma taxa de prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida de 8,94%. (MARCON et al., 2020)

Um estudo transversal de abrangência nacional, publicado na *Revista de Medicina da Universidade de São Paulo*, demonstra que o ambiente educacional apresenta impacto determinante na saúde e na qualidade de vida de estudantes de Medicina, com piores escores entre as do sexo feminino e os dos anos mais avançados do curso, em que o cenário predominante é o hospitalar. Diante disso, os pesquisadores propõem que as instituições de ensino realizem intervenções para promover o bem-estar dos estudantes, como a formação de redes de suporte e transformações culturais nas escolas médicas. (PARO et al., 2019)

Algumas especificidades do curso podem ser aventadas como favorecedoras da situação descrita. Desde antes do ingresso, a dificuldade de acesso em função da grande procura e do alto nível de exigência das seleções, que muitas vezes resulta em muitas tentativas até a conquista da vaga, aumentam a pressão sobre o estudante. Uma vez admitido, a carga horária de aulas é extensa. Enquanto outros cursos da área de saúde como Odontologia e Medicina Veterinária têm uma carga horária mínima de 4.000 horas, a carga horária mínima do curso de Medicina é de 7.200 horas. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2007) Além disso, o estudante é estimulado a assumir muitas atividades extracurriculares, como ligas acadêmicas, monitorias, iniciação científica, entre outras.

Em estudo conduzido por Costa e demais autores (2020) com estudantes de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), 72% dos discentes relataram que o curso possui uma carga horária excessiva e quase todos os participantes disseram se sentir cobrados pelo curso. Foi identificada também uma relação entre os sintomas de exaustão e “se sentir cobrado”, com sintomas depressivos. (COSTA et al., 2020) Com resultados semelhantes, uma pesquisa qualitativa, que se utilizou de grupos focais para conhecer hábitos de vida e processos de adoecimento em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), evidenciou que os discentes apresentaram uma diminuição nos níveis de qualidade de vida, relacionada às dificuldades no gerenciamento do tempo causadas pela grade curricular extensa. (MENDONÇA et al., 2019)

Na tentativa de identificar fatores de risco, são poucos os trabalhos que se voltam para aspectos socioeconômicos. Embora esta preocupação possa ser identificada em alguns estudos de natureza qualitativa, é quase ausente em trabalhos quantitativos. Vasconcelos, Arruda e Gonzales (2020) levantam duas hipóteses sobre tal ausência de dados: as mudanças de perfil decorrente das políticas de ampliação do acesso ao ensino superior chegam mais lentamente aos cursos de alto prestígio e se concentram nas instituições públicas, de modo que seus efeitos podem não estar sendo detectados nas pesquisas; pode refletir uma forma reducionista de compreender a saúde mental no âmbito das pesquisas em saúde, com foco em aspectos orgânicos e pessoais, negligenciando o efeito de questões sociais, culturais e políticas.

Como bem apontado no trabalho de Silva (2018), as recentes mudanças no perfil dos ingressantes neste curso, tradicionalmente reservado às elites brasileiras, indicam a necessidade de melhor conhecer os novos estudantes e entender de que modo os marcadores sociais se agregam às situações adoecedoras já identificadas no curso. A partir dos dados sociodemográficos coletados quando da realização do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade), nos anos 2013, 2016 e 2019, pelos concluintes do curso de Medicina, é possível quantificar as mudanças mais significativas no perfil do acadêmico. Os dados obtidos por meio do Questionário do Estudante foram analisados por Scheffer e demais autores (2020) e dão conta que o percentual de mulheres cresceu de 56,1% para 59% entre 2013 e 2019, confirmando a tendência de feminização da Medicina apontada pelos mesmos autores em 2018. Esta feminização, contudo, ainda não garante um ambiente livre de pensamentos e atitudes machistas, que expõem as estudantes, e profissionais médicas, a situações de assédio, sofrimento psíquico, além de restringirem seu acesso a cargos de maior prestígio e de salários elevados, como evidenciado em relatos públicos diversos.

No mesmo período (2013-2019), segundo os autores (SCHEFFER et al., 2020), houve um aumento no número de concluintes que se declararam pretos e pardos, passando, respectivamente, de 2,3% e 21,3%, para 3,4% e 24,3%. É fundamental destacar a diferença quando considerada a natureza da instituição, se pública ou privada. Nas escolas médicas particulares, em 2019, 72,6% dos concluintes se declararam brancos, enquanto a soma de estudantes autodeclarados pretos, pardos e indígenas alcançou 23,1%. Já nas instituições públicas, no mesmo ano, esses números foram, respectivamente, 57,2% e 36,8%; muito provavelmente evidenciando os efeitos das políticas de cotas e de assistência estudantil.

No tocante à renda, entre 2013 e 2019, o número de concluintes com renda familiar de até 1,5 salário mínimo passou de 2,6% para 6,8%. (SCHEFFER et al., 2020) No outro extremo, o percentual de concluintes com renda familiar de mais de 30 salários mínimos, que era de 14,1% em 2013, passou para 9,3%, em 2019. A título de comparação, em 2019, 1% da população teve rendimento médio mensal de R\$ 28.659, ou pouco mais de 28 salários mínimos, enquanto 50% da população teve rendimento mensal de R\$ 850. (PNAD..., 2020) Também é expressivo o aumento no percentual de concluintes com renda familiar entre 1,5 e 6 salários mínimos, que passou de 24,7%, em 2013, para 37,9%, em 2019, tornando-se a faixa de maior prevalência. O percentual de concluintes com renda familiar entre 10 e 30 salários apresenta um movimento contrário, passando de 38,6% em 2013, então a faixa mais prevalente, para 25,6%, em 2019.

Mesmo com essas modificações, o ambiente de formação médica ainda é pensado por e para uma elite econômica. Seja pela dificuldade material, como arcar com alimentação nos longos períodos de permanência na instituição, deslocamentos para os diversos campos de prática, aquisição de livros, vestimentas apropriadas e instrumentos de uso particular necessários às práticas, entre outros gastos; seja pelas diferenças no estilo de vida e trajetórias familiares, o estudante de baixa renda não raro experimenta dificuldades em se sentir pertencente ao curso de Medicina. Isto também é relatado por estudantes negros, confrontados com uma estrutura que perpetua atitudes racistas e discriminatórias, cotidianamente. Embora as transformações impulsionadas pelas políticas de ações afirmativas sejam essenciais para modificar esse cenário, elas não são suficientes. Como pontua Almeida (2020, p. 49), “A mera presença de pessoas negras e outras minorias em espaços de poder e decisão não significa que a instituição deixará de atuar de forma racista”. Para tanto, todos devem se responsabilizar pela mudança da estrutura social discriminatória, com a adoção de práticas efetivamente antirracistas. (ALMEIDA, 2020)

Outro aspecto que precisa ser discutido quando se estuda as questões relativas à saúde e qualidade de vida do estudante de Medicina é a própria natureza da

prática para a qual está se formando. O profissional de saúde, de um modo geral, é confrontado diariamente com o sofrimento humano, com o adoecimento, com a finitude. Ele lida com pessoas em momentos de fragilidade e é confrontado com seus limites diante do inevitável. Sobre esse profissional são depositadas esperanças e a responsabilidade pela melhoria e continuidade da vida. Desde a formação, o estudante é levado a refletir sobre essas questões e sente o peso da expectativa que recai sobre ele, exacerbando uma postura de autocobrança. Somado a isso, há um imaginário social acerca da Medicina e do médico que pode forçar o estudante a tentar se encaixar em um padrão preestabelecido, muitas vezes inalcançável.

Ao lançar o olhar para todas essas dimensões, vamos nos vinculando a uma compreensão ampliada de saúde; uma visão holística, que considera a saúde, segundo Leite e Strong (2006), como um produto da interação entre o micro e o macrocosmo e evidencia a importância de se agregar valores éticos ao conhecimento técnico. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, definiu saúde como o resultado das formas de organização social, dependente de aspectos diversos como alimentação, habitação, educação, renda, lazer, liberdade, entre outros. (LEITE; STRONG, 2006) Essas ideias norteiam as reflexões aqui propostas, ainda que não seja possível, no escopo deste capítulo, abarcar em profundidade todos os aspectos que compõem a saúde do estudante de Medicina.

## **HISTÓRIA DO APOIO AO ESTUDANTE DE MEDICINA NO BRASIL**

Como observado nos estudos anteriormente apresentados, são muitos os dados que indicam a formação em Medicina como propiciadora de fatores de risco que podem levar ao adoecimento do estudante. É importante ressaltar que as dificuldades psicológicas podem se ampliar quando o estudante ainda está vivenciando a adolescência, o que gera uma sobreposição de conflitos, entre as transformações inerentes à fase que atravessa e a aquisição de valores e atitudes relativas às exigências da vida acadêmica com as quais precisa lidar.

Sobre este aspecto, em pesquisa realizada com estudantes de todos os cursos de graduação, em 2014, o IV Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE) (FORUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITARIOS E ESTUDANTIS, 2016) encontrou a média de 24,5 anos. Já no levantamento realizado entre os estudantes de Medicina que procuraram o NAPP/FMB/UFBA, em 2018, foi encontrada a média de 23,8 anos, o que justifica continuarmos a observar a correlação entre as transformações da adolescência e as dificuldades que podem ser potencializadas quando, nesta faixa etária, ocorre a inserção na universidade, o que também corrobora

com a necessidade de apoio aos estudantes logo que ingressam na vida acadêmica. (VASCONCELOS; ARRUDA; GONZALES, 2020)

Wolf (1994 apud TEMPSKI; MARTINS, 2012) ressalta que, além desses aspectos, novas dificuldades vão se apresentando a cada etapa da vida universitária, como os maus tratos, ofensas e discriminações sofridos na interação com professores ou colegas que estão relacionadas ao “[...] embrutecimento e cinismo na prática médica, mudando atitudes, valores e até mesmo a personalidade do aluno”. (TEMPSKI; MARTINS, 2012, p. 52) Condizente com esses fatores, no estudo VERAS,<sup>1</sup> foi encontrada a prevalência de 32% de abuso moral entre os estudantes de Medicina, sendo mais comum entre as mulheres (35,3%) do que entre os homens (29,1%). (TEMPSKI, 2008 apud TEMPSKI; MARTINS, 2012)

Em consequência dos diversos fatores de risco observados na formação médica, tem sido verificada uma alta incidência de adoecimento psicológico entre estudantes de Medicina brasileiros. Entretanto, a institucionalização do cuidado com os estudantes ao longo da formação pode ser considerada recente no nosso país. Mesmo que a FMB, então Escola de Cirurgia da Bahia, e a Escola de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro tenham sido instaladas em fevereiro e abril de 1808, respectivamente, o primeiro serviço de higiene mental e psicologia clínica para atendimento de estudantes universitários no Brasil, foi fundado apenas em 1957, na Faculdade de Medicina da Universidade do Recife. A finalidade do serviço era a assistência psicológica e psiquiátrica dos estudantes universitários, mas havia prioridade no atendimento aos estudantes de Medicina, considerando que estes estariam mais vulneráveis aos conflitos e dificuldades psicológicas. (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009)

Baldassin (2012), por sua vez, ao discutir o pioneirismo dos serviços de apoio ao estudante de Medicina no Brasil, elenca os seguintes: Centro de Atendimento da Psicologia (Ceap) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), criado em 1966; Serviço de Benefício ao estudante (Sebe) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), em 1976; e a Coordenação de Assistência e Integração do estudante (Codae) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), em 1980.

De outra forma, Gonçalves e Benevides-Pereira (2009) afirmam que a Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) já havia implantado, em 1965, o Serviço de Saúde Mental Escolar e, só depois, sur-

---

1 Projeto VERAS – Vida do Estudante e Residente da Área de Saúde – estudo multicêntrico, coordenado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), tendo como principal objetivo conhecer as percepções dos estudantes, sobre aspectos da vida acadêmica e pessoal e ambiente de ensino. Na sua primeira edição, a investigação definiu como público-alvo, alunos matriculados do primeiro ao sexto ano do curso de Medicina de 22 escolas médicas de todas as regiões do Brasil, envolvendo 38 pesquisadores. (TEMPSKI, 2018)

giram serviços de saúde mental voltados para os estudantes universitários nas Universidades Federais do Rio Grande do Sul (UFRGS), Minas Gerais e Rio de Janeiro (UFRJ). Em 1983, a Faculdade de Medicina da USP instalou um serviço de apoio e assistência psicológica ao aluno de Medicina – Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (Grapal) – para oferecer atendimento aos alunos de graduação e pós-graduação, especialmente como forma de atenuar os fatores de risco de depressão e suicídio. (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009)

A Unifesp implantou o Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica (NAPREME), em 1996. Este serviço foi idealizado pelo prof. Luiz Antônio Nogueira Martins e estabeleceu como seu objetivo, a conscientização sobre o estresse produzido na residência médica, oferecendo atendimento psicológico e psiquiátrico aos médicos residentes. A decisão de criar um centro de assistência e pesquisa em residência médica surgiu a partir da ocorrência do suicídio de quatro jovens médicos nos anos de 1995 e 1996, além da realização da análise de uma pesquisa sobre fontes de estresse durante o treinamento na residência médica. (NOGUEIRA-MARTINS; STELLA; NOGUEIRA, 1997)

Com o passar do tempo, outras instituições de ensino têm constituído serviços de apoio ao estudante de Medicina. Uma outra experiência de repercussão positiva no cenário nacional foi a Retaguarda Emocional para o Aluno de Medicina (REPAM) criada na Santa Casa de São Paulo pelo prof. Eduardo Iacoponi, em 1997. Segundo Bellodi (2007, p. 2), o objetivo geral do serviço era apresentar um espaço protegido, voltado para o estudante, que pudesse oferecer “[...] escuta e compreensão para as questões emocionais que, no percurso de formação, possam dificultar o bem-estar e o desenvolvimento do aluno como pessoa e futuro profissional”.

Especificamente em relação às instituições públicas, Roncaglia, Martins e Batista (2020) realizaram uma pesquisa qualitativa, retratando o apoio psicológico e educativo oferecido pelas escolas médicas nacionais. Neste estudo, 13 núcleos que oferecem atendimento aos estudantes tiveram suas características analisadas, sendo 9 núcleos da Região Sudeste, 4 da Região Nordeste e 1 da Região Centro-Oeste. Dentre os núcleos da Região Nordeste, está incluído o NAPP da FMB, o que nos permite situá-lo frente às demais ofertas de apoio aos estudantes de Medicina do nosso país.

Roncaglia, Martins e Batista (2020) indicam que os núcleos investigados realizam ações de cuidado, nos âmbitos de prevenção e promoção, na educação e na saúde. No eixo da educação, os serviços oferecem orientação pedagógica e profissional aos estudantes, assessoria pedagógica aos docentes e à equipe de orientação do curso. No eixo da saúde, o enfoque é a promoção da saúde e bem-estar dos estudantes, com assistência psicológica e psiquiátrica; acolhimentos; encaminhamentos; e emergências para o acompanhamento de situações de estresse,

ansiedade e depressão. Também foram encontradas atividades relacionadas à debates sobre saúde mental e prática médica, recepção de calouros, orientação à família e aos docentes, rodas de conversa ou grupos temáticos para estudantes e professores, além de propostas artístico-culturais, podendo essas ações ocorrerem por meio de estratégias individuais, coletivas ou institucionais.

Verificou-se que as equipes técnicas não apresentam o número suficiente de profissionais, o que foi relacionado à falta de atenção que a sociedade em geral dispensa ao cuidado com a saúde mental, mas também, ao não reconhecimento da interrelação entre escola, saúde e qualidade de vida em algumas instituições, o que ainda impede que a universidade assuma a sua responsabilidade com a saúde dos estudantes, não se implicando nas situações de adoecimento que os discentes podem vivenciar nesse período. (RONCAGLI; MARTINS; BATISTA, 2020)

Na Bahia, o apoio ao estudante universitário se inaugura graças à iniciativa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), que implantou, em 2000, o Núcleo de Atenção Psicopedagógica, com uma equipe formada por profissionais de Psicologia, Psiquiatria e Pedagogia e tendo como principal objetivo diminuir os riscos de transtornos mentais, presentes no processo de formação dos alunos de saúde. Este núcleo vem desenvolvendo atividades voltadas para o corpo docente e discente, com objetivos relacionados à uma perspectiva de formação profissional humanizante das práticas em saúde, além de promover a saúde mental para a comunidade acadêmica da instituição. O trabalho deste serviço busca articular o aprimoramento do ensino-aprendizagem com o cuidado relativo às questões subjetivas que fazem parte do processo de crescimento pessoal e profissional de cada estudante.

Todas essas referências de serviços de apoio ao estudante de Medicina serviram de base para a criação do NAPP/FMB, formalizado em 2012, e continuam alimentando com subsídios importantes o trabalho realizado. Tendo em vista o papel da universidade, como instituição que deve fomentar a produção de saberes plurais, as ações do NAPP/FMB/UFBA pretendem contemplar o estudo, a discussão e a atenção à dimensão subjetiva do humano, que recorrentemente é eclipsada pela ênfase excessiva nos resultados cognitivos, e pela cobrança de desempenho acadêmico dos estudantes. As atividades do NAPP/FMB/UFBA envolvem o acompanhamento e a valorização do processo de aprendizado fundamentado no modelo de uma prática humanizada, o incentivo à construção de estratégias singulares de autocuidado e o desenvolvimento da autonomia na efetivação desse cuidado. Estes são elementos que têm se apresentado como desafiadores para nosso cotidiano, no trabalho do NAPP/FMB/UFBA, cujo processo de implantação será descrito e discutido em seguida.

## PRIMEIRAS INICIATIVAS PARA CRIAÇÃO DO NAPP/FMB/UFBA<sup>2</sup>

A organização que resultou na formalização do NAPP para discentes da FMB passou por algumas fases, cuja representação pode ser acompanhada na Figura 1 e serão descritas em seguida.



**Figura 1** – Fases do NAPP/FMB/UFBA  
Fonte: Arruda (2020, p. 87).

A primeira fase teve início entre 1988 e 1992, período no qual a diretoria foi conduzida pelo prof. Heonir de Jesus Pereira Rocha, que estruturou a FMB em comissões e convidou, pela aproximação com os discentes, o prof. Ronaldo Jacobina, do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), para estar à frente do que chamou de Comissão para Assuntos Estudantis (CAE). Ao prof. Ronaldo Jacobina foi atribuída a função de estruturar o trabalho a ser realizado e este desenvolveu o trabalho, tomando como base sua trajetória de aluno de escola pública e do interior, que estudou na FMB/UFBA, experienciando as dificuldades estudantis, tendo atuado nos espaços de representação da categoria e retornado como docente à escola médica onde se formou. Desde o início da docência, oferecia a escuta aos estudantes, o que lhe possibilitou aproximar-se das questões por eles vivenciadas. Com uma abordagem declaradamente existencialista, ofereceu orientações relativas aos diversos tipos de questões enfrentadas, principalmente relativas ao começo do curso de Medicina. Como ele relata:

2 O texto desta seção fundamenta-se nos dados analisados na dissertação de mestrado defendida pela assistente social do NAPP/FMB/UFBA, Luciana Arruda, sob orientação do prof. dr. João Tude, em novembro de 2020, no Núcleo de Pós-Graduação em Administração (NPGA) da UFBA, intitulada *Permanência universitária em discussão: estudo sobre a percepção de qualidade do Núcleo de Apoio Psicopedagógico da Faculdade de Medicina (2012-2019)*.

*[...] Foram anos e anos, eles vinham à minha sala e minha sala era famosa e essa é uma característica de personalidade minha. Eu acho que o professor não é só para sala de aula, como professor eu tenho que ter essa disponibilidade para o aluno e devo dizer, que a maioria, eles têm bom senso, ele só vem, quando a necessidade é forte, ninguém vem para abusar.*

A possibilidade de transitar entre os departamentos tornou possível articular um trabalho de acompanhamento para os discentes dos anos iniciais da faculdade e teve a colaboração de nove professores, sendo três do Instituto de Ciências e Saúde (ICS). Os 80 alunos matriculados eram divididos em grupos de dez, e os professores assumiam a orientação de cada grupo, em reuniões quinzenais, principalmente nos dois primeiros semestres.

Posteriormente foi criado, dentro da comissão, o Núcleo de Orientação Educacional (NOE), que incorporou o trabalho de acompanhamento estudantil e foi chamado de Noé pela interpretação do professor de estar à frente de um “dilúvio” de questões relacionadas ao adoecimento psíquico dos estudantes. Para que o acompanhamento dos estudantes fosse viabilizado, o prof. Ronaldo Jacobina fez articulações com profissionais da sua rede de amigos. Contudo, os encaminhamentos para psicoterapia só foram sistematizados, quando uma servidora da FMB se disponibilizou a realizar o acompanhamento no consultório particular que mantinha. Luiza Aurora, era psicanalista e atendia os casos mais graves, quando estes ultrapassavam questões psicopedagógicas e precisavam de acompanhamento psicoterapêutico. Em relação à abordagem psiquiátrica, o prof. Ronaldo Jacobina aponta que, na época, seu departamento teve dificuldade de se envolver com esse suporte ao aluno, mas ele contou com a ajuda de alguns professores, que davam suporte psiquiátrico a alunos em crise, principalmente em casos de depressão grave.

Esse tipo de encaminhamento foi direcionado posteriormente ao Serviço Médico Universitário Rubens Brasil Soares (SMURB). Pela atuação frente a esse trabalho, o prof. Ronaldo Jacobina teve um relevante reconhecimento pelo colegiado, que o apoiou e formalizou a participação de um representante da comissão em suas reuniões. Duas servidoras deste setor assumiram o importante papel de, ao perceberem evidências de que o discente estava com dificuldades na trajetória acadêmica, comunicarem ao professor, que providenciava um monitoramento por contato telefônico. Esta etapa durou duas gestões de diretoria e englobou também os anos de 1992 a 1996, quando o diretor era Thomaz Rodrigues Porto da Cruz.

A segunda fase de iniciativas para a criação do NAPP/FMB/UFBA ocorreu entre 1996 e 2001, na gestão do prof. José Antônio de Almeida Sousa, período de sistematização de práticas alternativas e pressão para institucionalização do núcleo.

Com o afastamento do prof. Ronaldo Jacobina, o diretor convidou Solange Rubim de Pinho, psiquiatra que atuava na Pediatria, para conduzir essa intervenção. Embora não estivesse mais à frente do trabalho, o prof. Ronaldo Jacobina disponibilizou seu apoio e continuou desenvolvendo ações voltadas para os discentes, como o MEDCINE. Este projeto consistia na exibição e discussão de filmes com temas relacionados à prática profissional do médico. Nesse período, o apoio estudantil foi organizado como extensão universitária, recebendo o nome de Núcleo de Atendimento Psicológico ao Estudante de Medicina da UFBA (NAPSI). No entanto, a mudança de diretoria extinguiu o NAPSI.

Entre 2001 e 2003, na gestão do prof. Manoel Barral Netto, Ronaldo Jacobina foi novamente convocado para atuar com as demandas estudantis e resgatou o Programa de Orientação Educacional (POE), no qual reforçou a luta pela institucionalização do trabalho de apoio aos discentes. Isso não ocorreu nos anos imediatamente seguintes, quando o diretor renunciou e foi substituído por José Tavares Neto, em 2003, que permaneceu na gestão da faculdade até 2011 e manteve o funcionamento do POE. Com uma atuação bem próxima à diretoria, o prof. Ronaldo Jacobina manteve seu posicionamento pela formalização do serviço, para que o apoio ao estudante pudesse se sustentar, independentemente das mudanças políticas, que podiam acontecer a cada gestão. Mas, o momento não se mostrava favorável para efetivar a formalização e, posteriormente, o referido docente precisou se afastar dessa linha de trabalho.

Em 2007, teve início a fase de comprovação científica da demanda interna. Este período é marcado por iniciativas estudantis e parcerias de alguns professores para fazer um projeto que se manteve em funcionamento, durante um ano, até 2008. Essa iniciativa recebeu o nome de Núcleo de Assistência à Saúde do Acadêmico de Medicina (NASAM) e demarcou a preocupação dos discentes/docentes com temas relacionados à saúde mental e psiquiatria que estavam, muitas vezes, colocados em segundo plano, no contexto da formação médica.

O colegiado reconheceu que havia se consolidado uma prática institucional de apoio ao discente e que, uma lacuna havia sido deixada, quando o prof. Ronaldo Jacobina encerrou sua prática direta com esse tema. Além disso, vinham sendo elaboradas propostas de mudanças curriculares nos cursos de Medicina das universidades brasileiras. O novo Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso da FMB, consolidou-se em novembro de 2007, com o direcionamento para uma formação fundamentada em uma prática de atenção integral e humanizada em saúde.

Ao observar a urgência em resolver o vazio deixado pelas iniciativas anteriores, a coordenadora do colegiado, profa. Mônica Angelim, convidou a profa. Eleonora Peixinho, uma profissional com experiência nessa perspectiva da integralidade e na escuta de estudantes, para assumir o direcionamento do trabalho de suporte

aos discentes. A contribuição inicial da professora foi elaborar a fundamentação teórica para subsidiar a formalização de um núcleo de apoio.

Em paralelo, alguns estudos revelavam o adoecimento psíquico dos estudantes, durante o curso de Medicina na UFBA e os que ganham destaque, nessa fase, são: o de Almeida e demais autores (2007), que apontou uma incidência de 29,6% de Transtornos Mentais Comuns (TCM) entre acadêmicos; o de Freitas (2011), que envolveu 356 estudantes e demonstrou 27,4% deles com prejuízos em relação à qualidade de vida e que 25,9% apresentaram medida moderada ou elevada de eventos de vida estressantes, no momento em que cursaram o internato; e, principalmente, o de Santos, Grosseman, Costa e Andrade (2011), que apontou 14,5% de síndrome de Burnout entre internos.

Em 2011, encerra-se a fase de comprovação científica da demanda interna e 2012 é o marco da fase de formalização e funcionamento inicial do NAPP/FMB/UFBA, quando alguns colaboradores se juntaram à profa. Eleonora Peixinho na revisão das iniciativas e atividades do núcleo; entre eles, os professores Marco Rêgo (DMPS) e André Luiz Peixinho (Departamento de Medicina e Apoio Diagnóstico). Outra importante colaboração partiu da preceptora Ana Teresa R. Abreu Santos (Departamento de Pediatria) que, estava pesquisando a temática da saúde mental dos estudantes e apresentou sua dissertação de mestrado, em 2012, indicando como resultados, além dos dados completos sobre a incidência de Burnout durante o internato, a proposta interventiva de formalização de um NAPP na FMB.

O retorno de Ana Teresa, ocorre em 2012, momento em que a diretoria estava na gestão da profa. Lorene Louise Silva Pinto e a coordenação do colegiado foi assumida pela profa. Isabel Carmen Fonseca Freitas, que também pesquisou sobre a saúde mental dos discentes na sua tese de doutorado. Esses fatores contribuíram para o início da institucionalização do núcleo. Alguns professores se disponibilizaram a apoiar o trabalho, e contribuíram com o desenvolvimento das atividades durante um período: Miriam Gorender (Departamento de Neurociências e Saúde Mental) e Jorge Guedes (Departamento de Medicina e Apoio Diagnóstico). (LUCIANA, 2020)

Vinculado diretamente à diretoria, visando o desenvolvimento de um trabalho mais independente, essa foi a configuração adotada pelo NAPP/FMB/UFBA. A partir de 2013, o núcleo iniciou a estruturação do trabalho que teve adaptadas as suas condições de local de funcionamento, equipe e materiais, de acordo com os recursos que se dispunha, naquela época. À princípio, as atividades precisaram ser realizadas no mesmo espaço do Setor de Saúde Mental Infante Juvenil, no Centro Pediátrico Professor Hosannah Oliveira (CPPHO), onde Ana Teresa Abreu Santos já atuava.

A equipe era coordenada por Ana Teresa que, inicialmente, dividiu sua prática entre a preceptoria e o atendimento dos estudantes. Nesse momento, contou ainda com a colaboração de duas psicólogas que atuavam no setor e reservavam parte da sua carga horária para atender os estudantes de Medicina. Foi apenas no final desse primeiro ano que, por indicação do prof. Antônio Nery Filho, a psicóloga Rita Gonzales foi integrada ao núcleo, o que aconteceu em dezembro de 2013.

Outro ponto importante a ser resolvido envolveu as instalações do núcleo, que estava com o trabalho em crescimento, mas alojado em um local que não comportava sua dimensão. A diretora da época, profa. Lorene Pinto, ressaltava as discussões com a equipe, que levaram à decisão de instalar o serviço no prédio de aulas, onde há maior circulação de estudantes. Momento muito significativo, marco para a continuidade do trabalho do NAPP/FMB/UFBA.

A implementação das cotas na UFBA reforçou a demanda pelo apoio estudantil, principalmente em relação às condições materiais de sobrevivência, que antes eram pouco evidenciadas, devido ao perfil da maioria dos estudantes que ingressaram no curso de Medicina. Isso é confirmado pela declaração do prof. Luis Fernando Adan: *“Uma mudança clara de perfil do nosso estudante. Até a implantação das cotas tinha-se um grupo de estudantes que pertenciam, quase todos, a uma mesma classe social”*.

Essa alteração começou a sobrecarregar a abordagem existente, exigindo que se estabelecesse uma relação mais próxima do NAPP/FMB/UFBA com a Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil (Proae). As profissionais passaram a receber muitos alunos que puderam ingressar pelas cotas, mas possuíam demandas relacionadas a necessidades materiais para permanecerem, expressas na composição do sofrimento psíquico que apresentavam, o que tornou evidente a importância de integrar uma assistente social à equipe, que foi convocada ainda em 2014. Meses depois, a então coordenadora se aposentou e a Portaria nº 015/2016, elaborada pelo prof. Luis Fernando Adan, atualizou a composição do núcleo que passou a ter Rita Gonzales, como psicóloga e coordenadora, e Luciana Arruda, assistente social. Foi com essa composição de profissionais que teve início a atual fase do trabalho. Essa realidade só foi alterada com a convocação da psicóloga Letícia Vasconcelos, que passou a compor a equipe, em julho de 2018.

A partir de 2015, o trabalho entrou na etapa que pode ser considerada de desenvolvimento, na qual o NAPP/FMB/UFBA tem criado ações e estratégias para atender seus objetivos, mesmo com as dificuldades geradas pelo crescimento exponencial da demanda institucional, a limitação da equipe e a escassez de recursos estruturais para viabilizar seu funcionamento. Os subsídios teóricos e técnicos nos quais se sustentam o trabalho do núcleo serão discutidos no tópico seguinte.

## **O APOIO AO ESTUDANTE NO NAPP/FMB/UFBA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Temos assinalado como a entrada e permanência no ensino superior é um percurso desafiador para a maioria dos estudantes. Como vimos, grande parte desse público se encontra na transição do final da adolescência e início da vida adulta, saindo do ensino médio para a vida acadêmica, o que se soma às exigências de adaptação à universidade, com características específicas nos âmbitos: acadêmico – novas metodologias de ensino, aprendizagem de estratégias de estudo, avaliações, maior responsabilização e autonomia pelo processo formativo; vocacional/institucional – desenvolvimento da identidade profissional; pessoal – autoconhecimento, fortalecimento da identidade e autonomia na gestão da vida pessoal; social – novos relacionamentos interpessoais com colegas, professores, comunidade acadêmica, além de rearranjos nas relações com a família e amigos. Todo esse cenário se mostra propício para potencializar ou instaurar vivências de estresse e sofrimento psíquico. (ALMEIDA, 2014; ALMEIDA; SOARES; FERREIRA, 2000; NOGUEIRA, 2017)

Essas manifestações de sofrimento psíquico podem ser notadas desde o primeiro ano do curso de Medicina, dado o contraste que enfrentam na transição do ensino secundário ao ensino superior. Por ser um período de adaptação, em que estão descobrindo suas estratégias de estudo e lidando com regras menos organizadas, isso pode se refletir em resultados acadêmicos não tão satisfatórios, gerando sentimento de frustração e intensificação da autocobrança, o que tende a ser interpretado como insucesso pelo próprio estudante, família e instituição. (ALMEIDA, 2014)

O avançar do curso vai incrementando as exigências de enfrentamento dessas situações estressoras. A transição para a fase clínica e a entrada nos campos de estágio do internato representam o contato mais direto com os pacientes e a prática médica. Em cada uma dessas etapas, os estudantes experienciam o aumento na responsabilidade da sua atuação, tanto pelas cobranças cada vez maiores dos professores, para que demonstrem domínio dos conteúdos e conhecimento clínico nas atividades ambulatoriais e práticas, quanto pelas expectativas dos pacientes que esperam resolutividade para suas demandas. (COSTA et al., 2020; MILLAN et al., 1999)

Essas vivências impõem ao aluno a necessidade de lidar com as limitações da atuação e do conhecimento científico apreendido até então, conviver com situações de morte, adoecimento, além de experienciar incertezas e frustração de expectativas. (SANTOS, 2011) A intensidade de sensações e emoções afloradas nesses contextos têm sua vazão barrada pela racionalidade científica presente na formação médica, o que dificulta a expressão e simbolização dos sentimentos ad-

vindos desses processos, afastando os aspectos subjetivos do cotidiano acadêmico e formativo dos estudantes. (COSTA et al., 2020; Z AidHAFT, 2019)

Na análise de Pacheco e demais autores (2017) sobre problemas de saúde mental entre estudantes de Medicina no Brasil, revelou-se que os fatores associados à presença de sintomas depressivos estavam relacionados ao sentimento de alta cobrança pelo curso; estresse e sintomas de exaustão; menores quantidades de horas de sono e terem concluído o ensino médio em escola pública. Destaca-se que este último fator esteve associado a sintomas mais severos de depressão. Costa e demais autores (2020) sinalizam a importância dessa discussão, lembrando que, a partir da política de cotas, instituída pela Lei nº 12.711/2012, houve maior acesso de estudantes de escola pública, negros e indígenas às universidades federais do país e, conseqüentemente, nos cursos de Medicina. A política de cotas ainda suscita divergências e oposições por supostamente colocar em risco a manutenção da qualidade do ensino superior público e preferir a noção de “meritocracia”. Suposições refutadas pelo desempenho e índices acadêmicos favoráveis apresentados pelos estudantes. Além dos desafios no acesso e permanência à universidade, os estudantes cotistas ainda lidam com as resistências de um cenário pouco acolhedor e historicamente excludente, o que dificulta o processo de identificação e pertencimento a esse cenário, intensificando os níveis de estresse e adoecimento psíquico. (COSTA et al., 2020)

Diante desses desafios e dificuldades do processo de formação médica, diversos autores discutem a importância de programas institucionais de apoio e promoção da saúde mental dos estudantes. (COSTA et al., 2020; GONÇALVES, 2016; PADOVANI, 2014; SANTOS, 2011; Z AidHAFT, 2019) Dentre as ações institucionais, destaca-se o conjunto de atividades dos Núcleos de Apoio Psicopedagógico, existentes em algumas escolas de Medicina, e que favorecem uma formação profissional humanizante e promotora de saúde mental, mediante programas preventivos e assistenciais.

#### NÚCLEO DE APOIO PSICOPEDAGÓGICO DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA – NAPP/FMB/UFBA

De acordo com o histórico já apresentado, o NAPP/FMB/UFBA constituiu-se a partir de ações institucionais e de iniciativas individuais, realizadas desde 1988. Atualmente, o núcleo trabalha na atenção integral à saúde dos estudantes de Medicina, desenvolvendo atividades nos campos psicológico, pedagógico e social. Sua equipe permanente é formada por uma assistente social e duas psicólogas e conta com a colaboração de professores do curso de Medicina; pedagoga, que atua

no colegiado do curso; e parcerias técnico-científicas com outros profissionais de Psicologia.

A partir de 2016, as atividades do núcleo passaram a ser organizadas em quatro eixos de desenvolvimento: científico, consultoria técnica, administrativo e assistencial. O eixo assistencial apresenta-se como principal vertente de atuação do núcleo, subdividindo-se em duas linhas de atuação: a primeira se refere ao acompanhamento estudantil possibilitado pelas modalidades de apoio: acolhimento integrado, orientação social, psicoterapia e orientação pedagógica. A segunda linha assistencial contempla a promoção e a prevenção em saúde, destacando-se a ação permanente do Mural Digital NAPP, como ferramenta eletrônica de socialização de informações relacionadas ao contexto acadêmico e que incentiva práticas preventivas em saúde e autocuidado. (ARRUDA, 2020)

No NAPP/FMB, o acompanhamento do estudante se inicia com o acolhimento integrado, que se configura como importante estratégia de vinculação e apoio, considerando que a partir da escuta e análise das demandas são realizados os encaminhamentos adequados e devidamente orientados. Evidenciam-se as possibilidades existentes na trajetória acadêmica, indicam-se caminhos de permanência qualificada no curso e são traçadas linhas de cuidado pertinentes à demanda de cada estudante, tanto na vertente simbólica, quanto material.

Nesse contexto, as ações de orientação social constituem-se também como recursos fundamentais na garantia de direitos. Como estabelecido no Decreto nº 7.234, de junho de 2010, que dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), as ações assistenciais nas instituições federais devem se dirigir à permanência para a conclusão do curso por estudantes em situação de vulnerabilidade e precisam se apresentar como estratégias de inclusão social. (ARRUDA, 2020)

Como discutido por Arruda (2020), as ações de orientação social indicam sintonia com a implementação do sistema de cotas e adesão das universidades ao Sistema de Seleção Unificada (Sisu), com políticas de acesso e permanência que assegurem as condições materiais e acadêmicas a esses sujeitos e grupos, antes aliçados do ensino superior e que, recentemente, passaram a ocupar esse espaço de direito. Assim, a assistência estudantil é um instrumento importante na transformação das relações sociais, acadêmicas e culturais e a ausência dessa assistência, atrelada às características presentes no contexto universitário, promovem a exclusão desses estudantes.

Fomentar a discussão a respeito da promoção de direitos, mudança no perfil dos estudantes e das dificuldades enfrentadas por eles no ambiente acadêmico tem sido fundamental para estruturar as ações desenvolvidas pelo NAPP/FMB/UFBA. Com esse objetivo, o núcleo realizou levantamento, em 2018, no qual cons-

tatou-se que os estudantes acolhidos são predominantemente mulheres, negras, cotistas, com idade entre 20 e 24 anos, que vieram de escolas públicas, estão cursando os dois primeiros anos da graduação e têm renda familiar de até 3 salários-mínimos. Observa-se que apenas os dados de gênero e idade acompanham o perfil tradicional do estudante de Medicina, já os demais fatores diferem acentuadamente deste padrão. Estes são exatamente marcadores sociais que se somam aos aspectos adoecedores comumente verificados na formação de Medicina. (VASCONCELOS; ARRUDA; GONZALES, 2020)

A verificação dos fatores de risco para a elevação da vulnerabilidade deve levar à articulação com as necessidades de suporte e orientação a respeito das possíveis dificuldades a serem enfrentadas no contexto acadêmico, configurando estratégias preventivas de cuidado. Assim, é possível evitar que o estudante só procure os serviços de apoio quando já estão instalados quadros de adoecimento, risco de jubramento, ou de abandono da graduação. Esse suporte também se mostra necessário para que o estudante progressivamente se sinta identificado a esse cenário acadêmico e possa se perceber pertencente. Como afirma Carneiro (2010), sentir-se parte e se tornar um membro dessa “comunidade” passa pelo conhecimento e manejo das regras que organizam esse contexto de vida social e intelectual, condensados no âmbito universitário. Outro ponto importante para o processo de integração, e até mesmo vinculação, está no estabelecimento de redes de apoio e relações afetivas dentro do ambiente acadêmico, seja a partir de colegas de curso, corpo docente ou membros do corpo técnico.

Vale ressaltar que boa parte dos estudantes encaminhados para o NAPP/FMB/UFBA chega por indicação de colegas, especialmente aqueles que estão ou estiveram em atendimento no núcleo, demonstrando a importância dessa rede afetiva. Em 2018, estes foram 37% dos estudantes acolhidos, seguidos de 21% que chegaram por demanda espontânea, sendo possível também o encaminhamento por professores. No mesmo ano, foram realizados 1.749 atendimentos, distribuídos entre acolhimentos, psicoterapia, orientação social e pedagógica, correspondendo a um aumento de 58% em relação ao ano de 2017. Aumento que tem sido progressivo, já que em 2020 foram realizados 3.028 atendimentos, o que representou um aumento de mais de 12% em relação ao que havia sido computado em 2019. (VASCONCELOS; ARRUDA; GONZALES, 2020)

Na vertente pedagógica, desde 2016, o núcleo trabalha para facilitar os processos de aprendizagem, através do aprimoramento de metodologias de estudo, orientações quanto à matrícula para organização e ajustes de componentes da grade curricular, realizando ações de orientação pedagógica/psicopedagógica. Os problemas acadêmicos mais encontrados entre os estudantes que buscaram o NAPP/FMB/UFBA, em 2018, estavam relacionados ao engajamento e desempe-

nho no curso, como as reprovações; o rendimento abaixo do esperado em provas e apresentações; e dúvidas quanto à escolha do curso. Essas são queixas percebidas pelos estudantes como inerentes às dificuldades quanto às suas habilidades/competências, intensificando em muitos deles o sentimento de incapacidade e exacerbando a autocobrança. (VASCONCELOS; ARRUDA; GONZALES, 2020)

A relevância do trabalho de apoio pedagógico também é ressaltada no estudo VERAS, que indica a influência dos aspectos pedagógicos na qualidade de vida dos estudantes. A supervisão em atividades práticas foi vista por 86,7% dos estudantes como potencializadora da qualidade de vida no curso, enquanto as aulas consideradas ruins influenciavam na redução da qualidade de vida para 84,3%, e a falta de didática dos professores impactava 86,7% dos estudantes com efeitos negativos na qualidade de vida no curso. (TEMPSKI, 2008 apud TEMPSKI; MARTINS, 2012)

Embora esteja clara a importância do trabalho de orientação pedagógica, é importante ressaltar que ainda existem restrições na execução dessa ação no NAPP/FMB/UFBA, principalmente, pela ausência de um profissional de pedagogia que esteja vinculado à equipe permanente. A orientação tem sido realizada por uma professora colaboradora, ou pela pedagoga que atua no colegiado do curso, ambas com restrições na sua disponibilidade de horários, devido às outras atribuições que assumem na FMB. (ARRUDA, 2020)

O NAPP/FMB/UFBA executa outra frente de apoio importante que é a Psicoterapia. A oferta de atendimento psicoterapêutico individualizado é ferramenta fundamental no cuidado e promoção da saúde mental dos estudantes de Medicina. A incidência de patologias psíquicas nos estudantes e profissionais podem se desdobrar no desenvolvimento de comportamentos aditivos, sofrimento nas relações interpessoais; comportamentos psicopatológicos e disfunção profissional. (GONÇALVES, 2016; SANTOS, 2011)

O relatório de 2011 do FONAPRACE indicou que 47,7% dos alunos manifestaram sinais de sofrimento psíquico, denotando um considerável aumento na demanda e necessidade de ofertas de atendimento psicológico no âmbito acadêmico. Esses números podem ser ainda maiores já que ainda há o estigma associado à procura de apoio e tratamento para questões relacionadas à saúde mental. (PADOVANI et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2015)

É um cenário que se aproxima da realidade acompanhada pelo NAPP/FMB/UFBA, considerando que ansiedade, rebaixamento de humor, depressão e ataques de pânico, são alguns dos quadros e queixas frequentemente observados. O risco de suicídio, a presença de baixa autoestima, sensação de incapacidade, comportamento explosivo e descontrole emocional também são observados, assim como 62% dos estudantes apresentaram queixas quanto à baixa qualidade do sono. Outro dado grave é que, em 2018, 25% dos estudantes informaram o uso de

alguma medicação psicoativa, muitas vezes sem o adequado acompanhamento profissional. Relatos desses estudantes demonstram a naturalização do uso de medicamentos no ambiente de formação médica, o que estimula a automedicação. (VASCONCELOS; ARRUDA; GONZALES, 2020)

Em 2020, com a disseminação do novo coronavírus e consequente necessidade de isolamento social, vimos o agravamento de quadros de sofrimento psíquico, com surgimento ou exacerbação de sentimentos de ansiedade, solidão, medo, incerteza sobre o futuro, entre outros, sendo observado o aumento da demanda por acompanhamento psicológico, que vem sendo mantido de forma *on-line*, respeitando-se as diretrizes da Resolução nº 04/2020 do Conselho Federal de Psicologia.

No NAPP/FMB/UFBA, o acompanhamento psicoterapêutico é realizado na abordagem psicanalítica, para a qual a modalidade remota também é uma condição nova, até então só utilizada em situações específicas, como pacientes que se ausentam da cidade, ou naqueles casos em que, por doença, o paciente perde a sua mobilidade. Assim, o atendimento remoto pode trazer transformações significativas ao *setting* e suas consequências ainda precisam ser estudadas para que sua influência possa ser avaliada, discutindo-se as questões teórico-práticas envolvidas.

A ampliação das estratégias de atenção à saúde mental precisa incluir ações de prevenção e promoção da saúde, que antecipem situações potencialmente adoeedoras com as quais se deparam os estudantes. São conhecidos os diversos fatores que impactam nos níveis de saúde das populações, como determinantes biológicos, iniquidades socioeconômicas, influências ambientais, e comportamentos individuais e grupais. (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017) As estratégias de prevenção e promoção devem, portanto, estar alinhadas a estes fatores, de acordo com as demandas de cada população.

A prevenção de doenças surge no auge das práticas higienistas em uma tentativa de evitar doenças. Já a promoção da saúde apresenta a perspectiva ampliada de saúde, com uma orientação mais social e política. Não foca na ausência de doenças, mas na atuação sobre seus determinantes, atenção continuada e na construção e cumprimento de políticas públicas de saúde pactuadas entre governos e povo. (GONZÁLEZ REY, 2011; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003)

Tomando como base essa compreensão ampla de saúde, na qual se fundamenta o trabalho do NAPP/FMB/UFBA, precisamos perguntar: o que as instituições superiores de ensino, e, especificamente, as instituições de formação na área da saúde, têm oferecido aos seus estudantes como estratégias de prevenção de doenças e promoção de saúde? Como essas políticas são desenvolvidas dentro destas instituições? Uma das estratégias adotadas nesse sentido, vem sendo justamente a implantação dos núcleos de apoio psicopedagógicos, e, mais além, a oferta aos

estudantes de atividades culturais, de integração e socialização, como nos exemplos a seguir, de iniciativas que vêm ocorrendo em serviços de apoio ao estudante, em Salvador.

A EBMSP oferece atividades de promoção da saúde e ações preventivas e assistenciais no NAPP, valorizando aspectos subjetivos que aparecem ao longo da formação. É também responsável por projetos e ações culturais, com o objetivo de estimular a interação dos alunos com a diversidade biopsicossocial. O programa de acompanhamento dos cursos e as atividades clínicas são somados a ações institucionais que estimulam a convivência entre estudantes e professores, dentre elas, o Projeto Sintoniacontocom – que promove manifestações científicas e socioculturais –, a Mostra Científica e Cultural (MCC) da Bahiana e a Jornada de Iniciação Científica/PIBIC/FAPESB/EBMSP. Este evento foi criado em 2000, como parte da semana do calouro, e objetiva incentivar as atividades científicas, a partir da relevância atribuída ao pensar e produzir cultura no contexto acadêmico, propiciando uma nova perspectiva para o processo de ensino e aprendizagem. (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, 2015)

Por sua vez, o Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAP) da Universidade Salvador (Unifacs) possui como diferencial a realização do apoio ao discente através da eliminação das barreiras de comunicação e digitais, adotando um conjunto de ações e *softwares* de apoio aos estudantes com necessidades educacionais específicas, prevê ações de inclusão no processo de ensino-aprendizagem, integrando pessoas com deficiência (PCD) a partir de uma visão inclusiva, além de ter elaborado dois guias de orientação aos estudantes: *Guia de inclusão do estudante* e *Guia aprendendo a aprender*. Engloba todas as ações que visam desenvolver competências socioemocionais e prevê atividades de acolhimento de demandas relacionadas ao bem-estar emocional e a execução de projetos de promoção e prevenção voltados à saúde mental. (UNIVERSIDADE SALVADOR, 2020)

Já o NAPP/FMB/UFBA apresenta dentre suas finalidades institucionais a perspectiva de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, sendo esta uma das linhas do eixo assistencial, desde 2016. Dentre as principais estratégias nessa dimensão, foi estruturado o Mural Digital, criado em 2016, como veículo de socialização de informações que permite ampliar o alcance do NAPP/FMB/UFBA, divulgando conteúdos relacionados à qualidade de vida e bem-estar e estimulando práticas preventivas que evitem o adoecimento físico e psicológico dos acadêmicos. (ARRUDA, 2020) Dentre as atividades ligadas ao Mural Digital, destacaremos o projeto A Arte como Encontro, criado em 2020, e que tem se apresentado como uma estratégia promissora de desenvolvimento das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

### *Projeto A Arte como Encontro*

A pandemia do novo coronavírus, vivenciada desde 2020, tem provocado efeitos de difícil enfrentamento na saúde mental da população em geral. Parte das pessoas precisou cumprir a exigência de distanciamento social, enquanto uma outra parcela, menos privilegiada da população, teve que encarar o medo da contaminação e da morte, continuando o seu trabalho diário, circulando nas ruas e vivenciando as aglomerações inevitáveis no transporte público. A obrigação de permanecer em casa, ou continuar saindo para trabalhar, trouxe diferentes consequências, também, de acordo com a realidade de cada família. Em geral, houve maior isolamento das pessoas mais velhas, que tentavam não encontrar seus familiares, para evitar a contaminação. Em outros casos, quando foi possível o trabalho e o estudo em casa, a convivência familiar se tornou mais intensa, o que pôde estreitar os laços entre alguns, ou aprofundar conflitos preexistentes na interação familiar. Todas essas vivências, de ameaça de contágio por um vírus desconhecido, apreensão diante do risco de perder a própria vida, ou de assistir o adoecimento de pessoas queridas, refletiu-se diretamente na busca crescente pelos ambulatórios de Psicologia e Psiquiatria, ainda que por meio de atendimentos realizados de forma remota.

A equipe do NAPP/FMB/UFBA também percebeu o agravamento dos casos de ansiedade e depressão dos discentes de Medicina com a chegada da pandemia. Idealizado para cuidar da saúde mental e de questões pedagógicas e sociais de futuros cuidadores médicos, o núcleo não poderia se furtar de tentar elaborar novas atividades, que viessem a oferecer ferramentas de apoio adequadas ao contexto pandêmico, além de já ter transportado o acompanhamento dos estudantes para a modalidade remota, desde o momento de suspensão das atividades presenciais da FMB, em março de 2020.

Nesse contexto, para criar uma estratégia de interação com os estudantes, considerou-se que, na contemporaneidade, as ferramentas midiáticas vêm dominando a forma como as pessoas se relacionam com o mundo, passando a construir parte de suas vidas em torno dos dispositivos eletrônicos, o que é fortemente estimulado pela globalização. Desse modo, é preciso lembrar que, se a internet e as redes sociais ajudam a aproximar as pessoas que não podem se encontrar presencialmente, ao mesmo tempo, dificultam a possibilidade de cultivar o vínculo, porque no mundo digital, não é possível sustentar o olho no olho e, muitas vezes, permanecerá ausente o movimento humano de tentar interpretar os gestos e as expressões do outro, além de se perderem as necessárias vivências de conflitos provocados pelos relacionamentos corpo a corpo. (GUELLER, 2017; VILAÇA; ARAUJO, 2016)

Ao mesmo tempo, a utilização das redes sociais/internet ofereceu a possibilidade de milhões de pessoas permanecerem em contato, durante os diferentes períodos, de maior ou menor flexibilidade das regras de distanciamento social, impostas pela pandemia. Assim, as redes sociais ganharam ainda maior participação do público em geral, porque vêm contribuindo para a disseminação quase instantânea de ideias, além de viabilizar a interação dos membros de uma comunidade virtual, através dos comentários, estimulando o envolvimento das pessoas que acompanham as postagens.

Este fato foi articulado à constatação de que a participação ativa em uma estratégia digital poderia propiciar aos estudantes a sensação de pertencimento ao seu meio acadêmico, enquanto estavam obrigados a se manter distantes fisicamente da faculdade. Também poderia ajudar a revelar e incentivar o desenvolvimento das potencialidades e talentos individuais. Assim, novas atividades *on-line* deveriam promover o acolhimento de forma diferenciada, podendo tornar os discentes protagonistas de suas escolhas e de estratégias de enfrentamento das dificuldades, incentivando práticas de autocuidado mais efetivas.

A proposta de uma atividade que envolvesse a arte foi inspirada nos bons resultados alcançados com a Estante Literária Professor Ronaldo Jacobina, cujo objetivo é incentivar a leitura de obras literárias. Instalada em novembro de 2019, a estante produziu uma excelente movimentação de troca de livros, principalmente entre os estudantes e homenageou o médico, biógrafo e poeta, prof. Ronaldo Jacobina, reconhecendo seu papel essencial na criação do núcleo; e sua presença empática e dedicada junto à comunidade FMB, principalmente aos estudantes. Após a suspensão das atividades presenciais, essa iniciativa não pôde continuar, mas a arte poderia ainda oferecer uma via de expressão importante, especialmente para os estudantes. Surgiu, assim, o projeto A Arte como Encontro.

A ideia da arte como meio de expressão parecia ser uma possibilidade de aproximar-se de toda a comunidade da FMB e, especialmente dos estudantes, independentemente de estes serem atendidos ou não pelo núcleo: uma forma afetuosa e acolhedora de aproximação, que aproveitasse e intensificasse a visibilidade do Mural Digital NAPP. No projeto A Arte como Encontro são postados vídeos de alunos, professores, ou técnicos, recomendando ou lendo fragmentos de obras literárias, ou indicando outras formas de expressão artística. Também são realizadas rodas de conversa virtuais, com convidados que, a partir de uma obra de arte – filme, álbum musical, livro –, provocam reflexões sobre temas contemporâneos, ou relacionados à formação médica.

O projeto foi lançado em abril de 2020 e aos poucos foi envolvendo outras formas de manifestações artísticas, como dança, música e culinária, alcançando uma grande adesão dos docentes e discentes. Essa iniciativa de utilização da arte como

ponto de intersecção entre o núcleo e os discentes tem evoluído tão positivamente que foi possível observar um crescimento de seguidores em cerca de 45% no Instagram e em 148% de acessos no *blog*. (VASCONCELOS; ARRUDA; GONZALES, 2020)

Lembramos que a arte oferece novas percepções, organiza perspectivas diferentes, proporciona novos olhares sobre a vida e as formas de viver, o que pode ser representado pela chamada “prova da fotografia”, como explica Leenhardt (2005, p. 19): “Esta demonstra que o mostrado por ela é o que ainda não tínhamos visto. Abismo reflexivo. Na fotografia, o que eu vejo me olha e desse olhar que me impressiona [...] nascerá minha capacidade toda nova de ver [...]”.

Assim, pretendemos incentivar as articulações psicológicas, sociais e pedagógicas suscitadas pelas mais diferentes obras de arte, reconhecendo seu valor na abertura de sentido para olhares, que são suprimidos ou reduzidos, quando nos detemos apenas no conhecimento lógico racional; não como uma forma de negar a importância deste, mas como uma proposta de fazê-los articuláveis, a partir do olhar e dos ouvidos que nos emprestam os artistas e suas obras.

Nossa realidade está constantemente marcada pela interpretação objetiva do mundo, por meio de categorias racionais, o que se faz ainda mais presente em saberes científicos, como na Medicina. Propor a arte como um modo de contato com a realidade nos pareceu uma maneira instigante de tornar o olhar do estudante mais inquieto, mais afeito ao encontro com as ambiguidades e ambivalências humanas. Afinal, é com o humano que o médico vai lidar; com o mais humano que há em nós, a fragilidade, a dor e o sofrimento humanos, que assim podem ganhar novas versões, novos matizes, novas possibilidades.

## **A PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES SOBRE O CUIDADO COM A SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA**

Diante de tudo o que foi discutido até aqui, cumpre perguntar qual a percepção dos próprios estudantes acerca dos possíveis agravos à saúde a que estão submetidos e que estratégias de tratamento, prevenção e autocuidado são empregadas por eles ao longo do curso? A título de ilustração, pareceu-nos interessante identificar se o tema da saúde do estudante de Medicina aparece como problema de pesquisa nos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) realizados na FMB. Além disso, trazemos um breve relato sobre como essa questão tem sido abordada pelas organizações estudantis, mais especificamente, pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM). Finalmente, ouvimos estudantes, que responderam algumas perguntas sobre o tema.

No que diz respeito aos TCC realizados por acadêmicos da FMB, essa problemática foi identificada em 6 de 661 trabalhos disponíveis na comunidade FMB do Repositório Institucional (RI) da UFBA. Cabe ressaltar que os trabalhos disponíveis para consulta no RI foram defendidos entre 2012 e 2018. Outros estudos sobre a saúde do estudante foram produzidos antes e após esse período, no âmbito da FMB.

Concernente aos TCM, Barbosa (2016) avalia os fatores associados a tais alterações psíquicas e sua prevalência no grupo em questão. Nesse estudo de corte transversal, e descritivo, identificou-se uma probabilidade de desenvolver TCM em 151 participantes (37,8%) de uma amostra de 402, sendo que a proporção foi maior na população do sexo feminino (24,8%). As variáveis destacadas, apresentando significância estatística foram: o coeficiente de rendimento e o número de avaliações, associado ao adoecimento, e a prática de atividade física, como fator de proteção.

Ainda no âmbito de transtornos neuropsiquiátricos, Silva (2013) pesquisou a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre acadêmicos do oitavo semestre da FMB. Nesse estudo transversal, de natureza exploratória com levantamento e correlação de dados, com uma amostra de 53 estudantes, os seguintes resultados foram encontrados: prevalência de 28,3% alunos com sintomas depressivos e 26,4% com sintomas ansiosos. Na análise de dados de outros estudos, esses resultados são correlatos e apontados como mais elevados do que os da população geral, sendo associados a fatores relacionados ao curso de Medicina, como sobrecarga de atividades, dificuldades com a gestão do tempo, contato com o sofrimento humano e com a terminalidade da vida.

Oliveira (2013) identificou elevada prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina da FMB, avaliada em 43% de 116 acadêmicos cursando o primeiro, sétimo e décimo segundo semestres. No momento da pesquisa 3,5% estavam em tratamento psicoterápico e 2,6% em tratamento psiquiátrico. Relevante mencionar também que a prática de atividades de lazer se mostrou altamente significativa como fator de proteção ao desenvolvimento de sintomas depressivos.

Visando a detecção de possíveis transtornos alimentares, Mascarenhas (2016), realizou um estudo de corte transversal utilizando uma versão adaptada do Eating Attitudes Test (EAT-26) e o Índice de Massa Corpórea (IMC), com 191 estudantes de Medicina. Foi obtido um resultado de 19,9% dos estudantes da amostra com comportamentos de risco para distúrbios alimentares, pois 9,95% apresentaram escore maior que 20 pontos no EAT-26 e 9,95% apresentaram IMC baixo ou muito baixo para sua idade e sexo. Estudantes do sexo feminino tiveram aproximadamente duas vezes mais chances de desenvolver transtorno alimentar.

Para avaliar o nível de sonolência diurna em estudantes universitários, Gomes (2014), realizou um estudo de corte transversal com estudantes de Medicina e Engenharia Civil da UFBA. Os resultados mostraram uma carga horária curricu-

lar semestral média de 572,5 para o curso de Medicina, e de 385,5, para o curso de Engenharia Civil. Utilizando a Escala de Sonolência de Epworth, foi possível observar que 74 acadêmicos de Medicina apresentavam Sonolência Diurna Excessiva (SDE), e dentre estes, a sua média de horas de sono foi de 5,4 *versus* 6,0 dos estudantes de Engenharia Civil com SDE. Foi aventada a possibilidade de que a elevada carga horária curricular do curso de Medicina possa influenciar na quantidade e qualidade do sono dos acadêmicos.

A percepção sobre a entrada das primeiras turmas de graduados do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) para o curso de Medicina da FMB, foi avaliada por Sá (2016) através de um inquérito de caráter etnográfico. Fizeram parte da amostra estudantes que ingressaram no curso de Medicina através do Vestibular/Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e egressos do BIS, entre os semestres 2012.1 e 2014.1. Foi encontrado que a diferença entre as modalidades de entrada no curso não seria o principal fator para que os estudantes se aproximassem ou se afastassem uns dos outros. Antes, a afinidade a partir do reconhecimento de interesses comuns e do compromisso com o desempenho acadêmico seria um dos principais elementos para a composição de subgrupos entre os acadêmicos de Medicina.

O adoecimento do estudante, evidenciado mais uma vez nos TCC acima descritos, é motivo de preocupação para as entidades estudantis. A DENEM, ao longo dos mais de 35 anos de existência, está atenta às diversas demandas dos estudantes de Medicina de todo o Brasil e comprometida a analisar estruturalmente e debater a saúde e educação médica em diferentes aspectos, pois entende que a Medicina se entrelaça ao nosso modelo de sociedade. Como já discutido anteriormente, o nosso modelo de ensino, pesquisa e extensão no curso de Medicina obedece aos aspectos de demanda do mercado de trabalho e desumaniza profissionais e estudantes que estão constantemente pressionados a atingir modelos preestabelecidos de excelência e produtividade. O modelo de educação superior, pautada em rotinas estressantes, carga horária abusiva, individualismo e outras violências institucionais afeta a saúde dos estudantes.

Destacamos que, ao estudar as ações e posicionamentos da DENEM, que são propostas por estudantes de todo o Brasil durante o Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina (COBREM) e o Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM), respectivamente, notamos uma crescente preocupação com as temáticas de saúde mental do estudante de Medicina, assistência e permanência estudantil, políticas afirmativas, adoecimento da população preta, das mulheres e da comunidade LGBTQIA+. Para a executiva de Medicina, todos esses aspectos estão interligados com a determinação do processo saúde-doença, abordagem conceitual da saúde que questiona o tradicional paradigma médico-biológico e compreende esta como uma elaboração estrutural. Portanto, é de interesse dos

estudantes a qualificação desse debate, bem como, a construção de espaços institucionais de acolhimento e amplificação da luta por um ensino médico de qualidade, que não esteja limitado apenas ao conhecimento e as habilidades necessárias à prática médica, mas que leve em consideração as especificidades dos estudantes e respeite seus limites.

Para complementar esse panorama, que não pretende de modo algum esgotar a questão, mas abrir caminhos de investigação e reflexão, ouvimos 10 estudantes e uma médica recém-formada, egressa da FMB, que discorreram sobre sua compreensão e vivências em relação à saúde e autocuidado ao longo do curso, bem como sua percepção acerca da compreensão e conduta da instituição em relação a isso.

Nas suas considerações, os estudantes expressam uma visão ampliada de saúde, associando-a à qualidade de vida, mencionando aspectos como sono, alimentação, lazer e relações interpessoais e compreendendo-a como marcada pelas condições socioeconômicas e culturais de cada um. Não obstante essa compreensão, todos experimentaram pelo menos um período de negligência com relação à própria saúde ao longo do curso, sentindo efeitos no seu bem-estar físico e mental.

Os estudantes citam a falta de tempo, decorrente da sobrecarga de atividades acadêmicas, como motivo para se descuidarem da própria saúde. Além disso, fica evidente que há uma pressão para alcançar um determinado desempenho, medido exclusivamente pelas notas, supostamente dependente da renúncia de todas as outras esferas da vida e, por vezes, mesmo da satisfação de necessidades básicas, como sono e alimentação adequada. Alguns entrevistados relatam que, após sentirem os efeitos negativos dessa visão, conseguiram estabelecer uma rotina de autocuidado, incluindo prática de atividade física, cuidados com a alimentação e terapia, por exemplo.

Nas entrevistas, percebemos que os estudantes têm críticas à perspectiva da instituição sobre a saúde do estudante, e avaliam as iniciativas como inexistentes ou insuficientes. A ideia de uma postura ambígua aparece em muitas entrevistas. Ainda que alguns identifiquem um discurso em prol dos cuidados com a saúde e mesmo a adoção de certas medidas, como a própria existência do NAPP, a disponibilização de uma área de convivência e da sala de descanso, por exemplo, veem poucas mudanças efetivas no que diz respeito à cultura institucional e à extinção de práticas promotoras de adoecimento.

Os estudantes pontuam que alguns professores ainda reproduzem, nos seus discursos, a ideia de que o sacrifício de necessidades básicas seria uma condição intrínseca à formação médica, associando o sofrimento ao merecimento e vendo as demandas dos estudantes como “corpo mole” ou falta de compromisso. Para os entrevistados, contudo, a instituição não se posiciona de modo contundente em relação a declarações e comportamentos abusivos por parte de docentes e funcionários.

Um dos entrevistados chama atenção para o fato de que, na sua visão, os aspectos socioeconômicos não recebem a devida importância quando se pensa e se intervém sobre a saúde dos estudantes. Segundo ele, as instituições, de modo geral, pensam o estudante de forma homogênea, sem considerar suas diferenças pessoais e sociais. Outro estudante pontua que a faculdade ainda não se adequou à mudança do seu alunato, conservando características elitistas que contribuem para o sofrimento do estudante das camadas mais populares.

Um entrevistado levanta a hipótese de que já seria esperado do estudante de Medicina ter o conhecimento necessário para, e mesmo a obrigação de, cuidar da sua saúde física. Podemos identificar aqui a ideia que prevalece mesmo após a graduação: a de que médicos e médicas não podem ficar doentes. Sabemos que essa compreensão contribui para que esses profissionais convivam, por um lado, com um estilo de vida adoecedor e, por outro, com uma conduta de negligência em relação à própria saúde. Sobre a contradição flagrante nesta realidade, uma estudante conta que seu descuido em relação à própria saúde a fez questionar sua conduta como futura profissional. Outra entrevistada também chama atenção para essa contradição e diz acreditar que essa relação enferma entre a instituição e o estudante estaria associada a problemas identificados na relação médico-paciente.

Além do trabalho desempenhado pelo NAPP/FMB/UFBA como importante recurso de saúde aos estudantes, encontrar apoio entre seus pares, seja em comunidades acadêmicas, como as ligas, ou em grupos de esportes, foi citado como valiosa ferramenta para melhoria da saúde mental. Ao experienciar o sentimento de pertencimento, acompanhado da comunhão de atividades, o cotidiano se enriquece com momentos mais prazerosos, aliviando o peso das demandas e reduzindo níveis de estresse e angústia.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Mais uma vez, ressaltamos a dificuldade de alcançar todos os ângulos que poderiam lançar luz sobre a complexa trajetória do cuidado com a saúde do estudante de Medicina. O debate sobre este tema se impõe, cada vez mais, pois, como vimos, embora recorrentemente negligenciado nos currículos oficiais da formação médica, está presente na experiência dos estudantes, ao longo da história da Medicina. Ao adotarmos uma visão ampliada de saúde, percebemos como diversos aspectos da condição de entrada e permanência do estudante no curso de Medicina precisam ser considerados, mas são tomados como fatores externos ao percurso acadêmico: alimentação, habitação, transporte, lazer, descanso. São fatores que estão diretamente relacionados aos marcadores sociais e determinam a possibilidade de uma trajetória de atenção ao autocuidado, ou de distanciamento desse

cuidado, na medida em que as instituições perpetuam a ideia corrente no imaginário popular de que os médicos, como semideuses, são fortes por natureza, não adoecem, não podem “fraquejar”. Esta perspectiva, muitas vezes introjetada pelos estudantes de Medicina, pode aprisioná-los a uma armadilha cruel de autocobrança e busca por realizações cada vez mais exigentes, pelas quais se paga o alto preço de comprometer a própria saúde, o que tem levado estudantes e médicos a comportamentos tristemente autodestrutivos.

As escolas de Medicina precisam se perceber participantes desse processo e oferecer condições para que docentes, discentes e técnicos se responsabilizem com a construção de uma formação em saúde que privilegie o autocuidado, identificando fatores de risco para a vulnerabilidade ao adoecimento e, também de forma coletiva, propondo ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Se a criação dos núcleos de apoio psicopedagógico vem se apresentando como uma conquista importante nessa direção, muito ainda precisa ser feito para uma articulação consistente de estratégias de cuidado, orientação e suporte aos estudantes, com as quais as instituições se comprometam e os elementos adoecedores ou potencializadores de situações de adoecimento possam ser desconstruídos, de modo a catalisar a mudança dessa realidade. É necessário, portanto, que essa desconstrução seja compreendida como uma atribuição de toda comunidade acadêmica, evidenciando que o cuidado com as questões de saúde não pode ser delegado exclusivamente aos serviços de atenção aos estudantes.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Alessandro de Moura *et al.* Common mental disorders among medical students. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 245-251, 2007.
- ALMEIDA, Jorge Salvador Pinto de. *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: estudo de prevalência e correlação*. 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Vida) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2014.
- ALMEIDA, Leandro S.; SOARES, Ana Paula C.; FERREIRA, Joaquim Armando G. Transição e adaptação à universidade: Apresentação de um Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA). *Psicologia*, Lisboa, v. 14, n. 2, p. 189-208, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v14i2.510>. Acesso em: 17 jun. 2021.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro: Jandaíra, 2020.
- ARRUDA, Luciana Santos. *Permanência universitária em discussão: estudo sobre a percepção de qualidade do Núcleo de Apoio Psicopedagógico da Faculdade de Medicina*

(2012-2019). 2020. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

BALDASSIN, Sergio. Quem atende os estudantes de Medicina no Brasil? In: BALDASSIN, Sergio (coord.). *Atendimento psicológico aos estudantes de medicina: técnica e ética*. São Paulo: Edipro, 2012. p. 17-21.

BARBOSA, Allana da Silva Júnior. *Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em estudantes de Medicina da UFBA*. 2016. Trabalho de Conclusão (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

BELLODI, Patrícia Lacerda. Retaguarda Emocional Para o Aluno de Medicina da Santa Casa de São Paulo (REPAM): realizações e reflexões. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 31, n. 1, p. 5-14, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000100002>. Acesso em: 17 jun. 2021.

CARNEIRO, Ava da Silva Carvalho. *Caminhos universitários: a permanência de estudantes de origem popular em cursos de alto prestígio*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Resolução nº 2, de 18 de junho de 2007. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 6, 19 jun. 2007. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=16872-res-cne-ces-002-18062007&category\\_slug=janeiro-2015-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16872-res-cne-ces-002-18062007&category_slug=janeiro-2015-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 15 jul. 2021.

COSTA, Deyvison Soares da *et al.* Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes de medicina e estratégias institucionais de enfrentamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 44, n. 1, p. 1-10, 2020.

CUTILLAN, Amit Nirmal; SAYAMPANATHAN, Andrew Arjun; HO, Roger Chun-Man. Mental Health Issues Amongst Medical Students in Asia: a Systematic Review [2000-2015]. *Annals of Translational Medicine*, Bethesda, v. 4, n. 4, p. 1-11, 2016.

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA. *NAPP - 15 anos*. Salvador, 31 jul. 2015. Disponível em: <https://www.bahiana.edu.br/noticia/16266/napp-15-anos>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS. *IV Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior: relatório final da pesquisa*. Brasília, DF: FONAPRACE, 2011.

- FORUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITARIOS E ESTUDANTIS. *IV Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de Ensino Superior: relatório final da pesquisa*. Brasília, DF: FONAPRACE, 2016.
- FRAJERMAN, Ariel *et al.* Burnout in medical students before residency: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, Paris, v. 55, p. 36-42, 2019.
- GOMES, Jessica Carvalho Vieira. *Avaliação e comparação da sonolência diurna entre acadêmicos de Medicina e Engenharia Civil da UFBA*. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- GONÇALVES, Catarina Isabel Ramos Vilas Boas. *Síndrome de Burnout em estudantes de medicina*. 2016. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2016.
- GONÇALVES, Maria Bernadete; BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 33, n. 3, p. 482-493, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000300020>. Acesso em: 17 jun. 2021.
- GONZÁLEZ REY, Fernando. *Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez, 2011.
- GUELLER, Adela Stoppel de. Droga de celular! Reflexões psicanalíticas sobre o uso de eletrônicos. In: BAPTISTA, Angela; JERUSALINSKY, Julieta (org.). *Intoxicações eletrônicas: o sujeito na era das relações digitais*. Salvador: Ágalma, 2017. p. 67-145.
- HOPE, Valerie; HENDERSON, Max. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Medical Education*, Oxford, v. 48, n. 10, p. 963-979, 2014.
- LEITE, Telma Alves de Almeida Fernandes; STRONG, Maria Isabel. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 203-214, abr./jun. 2006.
- LEENHARDT, Jacques. Inquietantes inquietudes. In: FRAYZE-PEREIRA, João Augusto. *Arte, dor: inquietudes entre estética e psicanálise*. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2005. p. 191-194.
- MARCON, Gabriel *et al.* Who Attempts Suicide Among Medical Students? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Malden, v. 141, n. 3, p. 254-264, 2020.
- MASCARENHAS, Maria Izabella Navarro. *Prevalência de comportamento de risco para transtornos alimentares entre estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia*. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

MENDONÇA, Angela Maria Moreira Canuto *et al.* Perspectiva dos discentes de medicina de uma universidade pública sobre saúde e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 43, supl. 1, p. 228-235, 2019.

MILLAN, Luiz Roberto *et al.* Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. *In: MILLAN, Luiz Roberto et al. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 137-142.

NOGUEIRA, Maria José Carvalho. *Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade.* 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio; STELLA, Regina Celes de Rosa; NOGUEIRA, Helio Egidio. A Pioneering Experience in Brazil: the Creation of a Center for Assistance and Research for Medical Residents (NAPREME) at the Escola Paulista de Medicina, Federal University of São Paulo. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 115, n. 6, p. 1570-1574, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-31801997000600003>. Acesso em: 17 jun. 2021.

OLIVEIRA, Elisângela Neves de. *Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia.* 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

PACHECO, João P. *et al.* Mental Health Problems Among Medical Students in Brazil: A Systematic Review and Meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 39, n.4, p. 369-378, 2017.

PADOVANI, Ricardo da Costa *et al.* Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 2-10, jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140002>. Acesso em: 25 jun. 2021.

PARO, Helena Borges Martins da Silva *et al.* Qualidade de vida do estudante de medicina: o ambiente educacional importa? *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 98, n. 2, p. 140-147, mar./abr. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/156044/153083>. Acesso em: 25 jun. 2021.

PNAD Contínua 2019: rendimento do 1% que ganha mais equivale a 33,7 vezes o da metade da população que ganha menos. *Agência IBGE Notícias*, Rio de Janeiro, 6 maio 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27594-pnad-continua-2019-rendimento-do-1-que-ganha-mais-equivale-a-33-7-vezes-o-da-metade-da-populacao-que-ganha-menos>. Acesso em: 20 jun. 2021.

RAJAPURAM, Nikhil *et al.* Medical Students in Distress: The Impact of Gender, Race, Debt, and Disability. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 15, n. 12, p. 1-13, 2020.

RONCAGLIA, Larissa Petta; MARTINS, Ana da Fonseca; BATISTA, Cássia Beatriz. Serviços de apoio aos estudantes de medicina: conhecendo alguns núcleos em universidades públicas brasileiras. *Pretextos: revista da graduação em psicologia da PUC Minas*, Belo Horizonte, v. 5, n. 9, p. 664-682, 8 set. 2020.

ROTENSTEIN, Lisa S. *et al.* Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 316, n. 21, p. 2214-2236, 2016.

SÁ, Milena Araújo Silva. *A dupla porta de entrada na Faculdade de Medicina da Bahia: percepção dos estudantes matriculados no período de 2012.1 a 2014.1*. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

SAMPOGNA, Gaia *et al.* Mental Health Disturbances and Related Problems in Italian University Medical Students from 2000 to 2020: An Integrative Review of Qualitative and Quantitative Studies. *Medicina*, Kaunas, v. 57, n. 1, p. 1-18, 2020.

SANTOS, Ana Teresa Rodrigues de Abreu. *Saúde mental do interno de Medicina da UFBA: síndrome de Burnout e fatores associados*. 2011. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SCHEFFER, Mário *et al.* *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP: CFM: Cremesp, 2018.

SCHEFFER, Mário *et al.* *Demografia médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP: CFM, 2020.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVA, Camila Kalil. *Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre os acadêmicos da Faculdade de Medicina da Bahia*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SILVA, Sandra Andrade. *Travessias improváveis: permanência de estudantes das camadas populares no curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia*. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

TEMPSKI, Patricia Zen; MARTINS, Milton de Arruda. Responsabilidade da Escola Médica na manutenção da saúde e da qualidade de vida do estudante. *In: BALDASSIN, Sergio (coord.). Atendimento psicológico aos estudantes de medicina: técnica e ética*. São Paulo: Edipro, 2012. p. 51-58.

TEMPSKI, Patricia Zen. *Qualidade de vida e resiliência do estudante de medicina e da escola médica*. 2018. Tese (Livre docência em Educação na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

UNIVERSIDADE SALVADOR. *NAP – Núcleo de Apoio Psicopedagógico*. Salvador, 2020. Disponível em: <https://www.unifacs.br/nap/>. Acesso em 16 jun. de 2021.

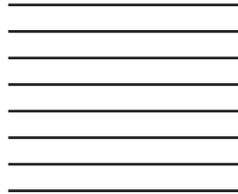
VASCONCELOS, Letícia Silveira; ARRUDA, Luciana Santos; GONZALES, Rita de Cássia Fagundes. Núcleo de Apoio Psicopedagógico da Faculdade de Medicina da Bahia: perfil do estudante atendido em 2018. In: SANTOS, Georgina Gonçalves dos; SAMPAIO, Sônia Maria Rocha (org.). *Observatório da vida estudantil: interdisciplinaridade, vida estudantil e diálogo de saberes*. Salvador: Edufba, 2020. p. 343-364.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. Núcleo de Apoio Psicopedagógico. *Relatório anual do Núcleo de apoio Psicopedagógico da Faculdade de Medicina da Bahia*. Salvador, 2021. Disponível em: [https://www.fameb.ufba.br/sites/fmb.ufba.br/files/tcc/relatorio\\_completo\\_napp-fmb-ufba\\_2020\\_.pdf](https://www.fameb.ufba.br/sites/fmb.ufba.br/files/tcc/relatorio_completo_napp-fmb-ufba_2020_.pdf). Acesso em: 15 jul. 2021.

VASCONCELOS, Tatheane Couto de *et al.* Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 39, n. 1, p. 135-142, 2015.

VILAÇA, Márcio Luiz Corrêa; ARAUJO, Elaine Vasquez Ferreira de (org.). *Tecnologia, sociedade e educação na era digital*. Duque de Caxias, RJ: UNIGRANRIO, 2016.

ZAIDHAFT, Sergio. A saúde mental dos estudantes de medicina: reminiscências e conjecturas de um mestre-escola. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 98, n. 2, p. 86-98, mar./abr. 2019.



## 13

### A HISTÓRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA BAHIA

*Alef Amorim Moniz*  
*Amanda Antunes Alves*  
*Débora Jamile Pereira da Silva*  
*Kátia Cardoso da Silva*  
*Laisse Antonia Cardoso Souza*  
*Mônica de Almeida Pereira*

#### INTRODUÇÃO

Historiar é conhecer as nuances que nos envolvem, muitas vezes sem sequer ter o recordar...  
Convida a um distanciar do imposto e, tal qual um filme, desenvolver a crítica de quem sabe apreciar...  
Da antiguidade ao então, o ser psíquico envolvido pela história é logo arrematado de antemão...

Estranhar! Questionar! Desidentificar! Premissas essenciais  
para projetar de um outro lugar...  
Na construção da nação, libertar das amarras induzem a um  
romper de padrão...  
Saúde-Doença, Caridade-Exclusão, Igreja-Hospital,  
transformação ou Não...  
A escolha é o agora...  
Importante o honrar da história...  
Mas que sigamos no avançar da construção...  
(Mônica Almeida)

Receba o convite para adentrar em uma viagem no túnel do tempo, na qual partiremos da gênese às reflexões atuais no que concerne à história do hospital, em especial dos hospitais universitários. Mas, antes de iniciarmos, pedimos que você reflita sobre quais são as primeiras palavras que vêm à sua mente quando se pensa em “hospital”. Algumas palavras que geralmente surgem são: “cuidado”, “dor”, “tratamento”, “saúde”, “doença”, “morte”, “cura”, “sofrimento”. Essas ideias aparecem justamente por fazerem parte de um ideário conjunto, que foi sendo construído e compôs o que se conhece como inconsciente coletivo. (JUNG, 2000) Esse termo foi definido pelo psiquiatra suíço Carl Gustav Jung, que considera como sendo a camada mais profunda do psiquismo humano, constituída de ideias herdadas e comuns ao coletivo.

Conhecer a história do hospital é, portanto, permear o terreno do inconsciente coletivo traduzido em seus respectivos contextos históricos e enredados em diversas culturas. Nesse sentido, o historiador médico americano George Rosen (1979, p. 336) afirma que:

Uma sociologia histórica do hospital requer uma descrição das condições políticas e econômicas, da estrutura social, dos sistemas de valores, da organização cultural e da mudança social em relação às condições e necessidades das populações nos diversos períodos históricos.

Diante disso, nota-se que a temática é de significativa relevância, uma vez que o espaço hospitalar faz parte da construção da concepção da tríade saúde-doença-cuidado, que permeia a Medicina. Assim, o presente capítulo objetiva contribuir para o conhecimento sobre o referido ambiente por meio de um apanhado geral – passados e atuais – destacando pontos de relevância do processo de construção do hospital enquanto espaço de cura, bem como os enredos vivenciados no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), de significância para o coletivo. O conteúdo se engendra com base em registros históricos, tendo como sustenta-

ção as concepções trazidas por autores como George Rosen e Michel Foucault, e entrevistas concedidas por pessoas que vivenciaram esse processo no HUPES.

## O NASCIMENTO DO HOSPITAL

Dando a largada da contextualização, partiremos para a análise do cuidado nos povos antigos, que viveram no Paleolítico e no Neolítico. E as perguntas pairam: como viviam esses ancestrais? Qual a ideia que tinham sobre doença? Como tratavam as enfermidades? É sabido que muitos viviam em cavernas, se alimentavam de caça, seguiam migrando de local em local em busca de condições adequadas de vida. (KOCK, 2011) Além disso, a longevidade era breve e muitas dessas culturas lidavam com os problemas de saúde através da concepção mágico-religiosa, comumente atribuindo esses a causas metafísicas. (KOCK, 2011) O tratamento geralmente era feito com ervas, rezas e sacrifícios, visto que existia uma interpretação mística sobre o binômio saúde-doença. (KOCK, 2011) Mas de onde partiram esses conhecimentos? De alguma forma, eles se encontram presentes na atualidade?

Conforme o avançar da história, esses períodos foram dando lugar à Antiguidade. Nesse momento, os cuidados com a saúde humana se estabeleceram, principalmente, nos templos e santuários e foi surgindo a figura responsável pelo tratamento dos doentes, sobretudo em decorrência do mito de Asclépio. (KOCK, 2011) No século XIII a.C., na Grécia, surgem os templos de cultos destinados ao deus-herói Asclépio, que, de acordo com a mitologia grega, era filho do deus Apolo e da ninfa Corônis. Ele foi retirado do ventre da mãe – morta – através de um procedimento similar ao que conhecemos como uma cesariana, nos dias de hoje, e ficou conhecido entre os gregos como “o bom”, “o simples”, “o filantrópico”. Ficou conhecido por ter realizado vários progressos na saúde das pessoas, inclusive ressuscitar os mortos. Teve dois filhos e quatro filhas de cujas figuras a Medicina se apropriou ao longo do tempo: Áceso (“a que cuida de”), Iaso (“a cura”), Panacéia (“a que socorre a todos”), Hígia (“a saúde”). (KOCK, 2011) Asclépio desenvolveu uma verdadeira tradição de cura, cujos métodos eram predominantemente mágicos. Contudo, deixou muitas contribuições para o que, a partir do século XIX, muitas das sociedades ocidentais passaram a reconhecer como uma Medicina nos moldes científicos.

Em Roma, as perspectivas sobre saúde e doença continuaram a ter traços mitológicos e os templos e oráculos se mantiveram como palco de certas práticas de cura. (BRASIL, 1944) Porém, a região se ampliava e desenvolvia, dando surgimento aos primeiros locais dedicados ao tratamento e abrigo do doente. (BRASIL, 1944) Diferentes deuses eram envolvidos na proteção contra as doenças, sendo a figura do próprio Asclépio sincretizada na cultura romana com o nome de Esculápio.

(KOCK, 2011) Esse novo cenário foi instaurado por motivações militares e econômicas, típicas da sociedade romana em expansão. Os principais sujeitos a que se direcionava o cuidado eram os soldados romanos. (BRASIL, 1944) Com o final do império, a situação foi mudando de conformação e o cristianismo passou a definir muitos dos parâmetros da sociedade, provocando a fusão entre os conhecimentos sobre saúde e doença e a religião cristã. Tal fenômeno culminou na proliferação de santuários cristãos de cura, tanto em Roma, como na Grécia, administrados por eclesiásticos. Nesse período, era comum se atribuir a cada órgão ou doença um santo protetor. (BRASIL, 1944)

O cristianismo estendeu sua influência ao período medieval, em muito, ancorado nos preceitos de Paulo, que firmava seus ensinamentos na frase: “mantenha a fé, a esperança e a caridade”. Segundo o que foi pregado, a caridade deveria ser um dever do cristão para com seus companheiros, principalmente, os doentes e sofredores, incluindo a doação de esmola como um dever. Os bispos desse tempo tinham a obrigação de receber os estrangeiros e necessitados em suas casas. Essas atitudes não se encerravam apenas como um dever, mas eram vistas como essenciais para a salvação da alma do cristão. (BRASIL, 1944) Estava então instalada a crença da salvação e fica a reflexão: qual a imagem que foi sendo construída em torno do doente? É diante desse imaginário que surge o primeiro espaço destinado aos doentes e necessitados, mais especificamente a partir do século IV. O modelo pioneiro foi criado por São Basílio, em Cesaréia, Capadócia (atualmente, uma região da Turquia), constituído como um local destinado aos viajantes, indigentes, debilitados e enfermos. Mesmo as pessoas com doenças contagiosas, a exemplo do que conhecemos hoje como hanseníase, eram admitidas. (BRASIL, 1944) A peculiaridade é que toda a equipe de trabalho, inclusive especializada nos procedimentos materiais, residia no hospital. (BRASIL, 1944)

As primeiras instituições do século IV combinavam funções médicas e sociais, com caráter de hospital e hospedaria. Uma personagem romana feminina de destaque, Fabíola, auxiliou na fundação de um espaço de abrigo em Ostia, cidade de Roma, local que abrigou sofredores e doentes. (ROSEN, 1979) Nesse momento, já existiam instituições para grupos específicos, herança que, resguardados os possíveis anacronismos, permanece até os dias atuais. A *xenodochia* se referia a hospedaria ou “hospício” para peregrinos e viajantes. A *nosocomia* tratava-se de instituições destinadas a enfermos. A *lobotrophia* eram asilos para inválidos ou “leprosos”. A *orphamotrophia* se referia aos orfanatos. A *gerocomia* se tratava de estabelecimentos destinados ao abrigo dos velhos e a *brephotrophia* eram as casas referências para as crianças abandonadas. (ROSEN, 1979)

Foi no Império Romano Oriental que as instituições de abrigo aos doentes adquiriram uma maior organização, como a exemplo da instituição vinculada ao

Mosteiro do Pantocrator Salvador, em Constantinopla. O serviço de ambulatório era ofertado para diferentes enfermidades, existia enfermaria cirúrgica com dois chefes e a equipe médica era grande: composta por dois médicos, três assistentes e muitos serventes. O lugar serviu de referência para hospitais construídos por muçulmanos e europeus. (ROSEN, 1979)

A história não apresenta uma linearidade de acontecimentos e ocorre de forma paralela em diferentes regiões. Sendo assim, enquanto no oriente houve um aperfeiçoamento organizativo de forma mais rápida, no ocidente as instituições hospitalares foram se desenvolvendo mais lentamente, bastante influenciadas pelas concepções cristãs, cujas impressões são guardadas ainda na atualidade, com a presença de capelas, imagens e nome de santo nos hospitais contemporâneos. (ROSEN, 1979) Eram locais de pequeno porte, dirigidos por monges e freiras e com a função de acolher doentes, viajantes, mendigos e pobres, oferecendo-lhes alimento, refúgio e proteção – os ricos se tratavam em casa. (ROSEN, 1979) Não eram conhecidos necessariamente como locais de cura, mas como locais para pessoas cuja morte, acreditava-se, estava próxima. (ROSEN, 1979) Além disso, as taxas de infecção eram expressivas nesses locais. (ROSEN, 1979)

Entre os 200 e 300 anos subsequentes foram criados estabelecimentos para pobres, doentes e estrangeiros em sedes de bispados, ligadas a catedrais. Ainda foram criados hospitais ao longo das rotas das cruzadas e muitas dessas instituições foram fundadas por benfeitores, tais como: reis, rainhas, altos eclesiásticos, nobres, comerciantes ricos, guildas (associações de artesãos), irmandades e municipalidades. (ROSEN, 1979) As guildas desempenharam importante papel na fundação de hospitais. No caso das guildas mais abastadas, essas construíram seus próprios hospitais. (ROSEN, 1979) Conforme acrescenta Rosen (1979, p. 344), “[...] os hospitais medievais não eram somente um centro de atenção médica, mas também uma instituição filantrópica e espiritual”.

Foi ao final da Idade Média que os hospitais passaram das autoridades eclesiásticas para as municipalidades, porém, ainda assim, as instituições continuaram a manter um caráter religioso e espiritual, oferecendo orações e atendimento religioso aos moribundos. Mesmo com a transição era rotina um clérigo permanecer vinculado ao hospital que, por manter esse padrão de serviço curativo, gozava de privilégios, tais como a isenção de impostos, direito ao velório e ao asilo. Como a caridade medieval era um dos sentimentos mais fortes, um meio de atingir esse objetivo era através de doações. Portanto, a base do financiamento do hospital, nesse período, era feita por meio de doações de heranças, de terras, dentre outros. (ROSEN, 1979) Rosen (1979, p. 345) afirma que “[...] o financiamento do hospital medieval refletia suas origens e finalidades”.

O aspecto do financiamento foi preponderante para que ocorresse a transição de perfil dos hospitais, visto que muitos recursos eram desviados e abusos eram cometidos. Em diversas ocasiões, hospitais tornavam-se verdadeiros “feudos eclesiásticos”, com o objetivo de oferecer renda a algum clérigo. Nessa época, a regulação dessas instituições era bastante elementar e individual, e mesmo os bispos tendo o poder de agir em caso de má administração, pouco era feito nesse sentido. (ROSEN, 1979) Para além desse contexto, as péssimas condições dos hospitais e fatores socioeconômicos e políticos também contribuíram para o declínio dessas instituições. Ao final da era medieval os hospitais se tornaram hospedaria para idosos. (ROSEN, 1979)

No transcorrer da história, que não se faz em linearidade, é essencial destacar a participação do Brasil nesse âmbito. O país, no século XVI, contou com a vinda dos primeiros médicos de Portugal. O período era de grandes epidemias e o tratamento de saúde dispensado à população, até então, era feito pelos jesuítas, porém de forma numericamente insuficiente. (ROSEN, 1979) Foi no ano de 1543 que surgiu a primeira Santa Casa, fundada por Brás Cubas, sendo a primeira em Salvador (1549), posteriormente no Espírito Santo (1551), em seguida em Olinda e Ilhéus (1560) e, por fim, no Rio de Janeiro (1582). Como afirma Laprega (2015), esses hospitais no Brasil seguiam os preceitos católicos e estavam em consonância com o mesmo movimento de fundação dos hospitais europeus, mantendo a característica de local para bem morrer.

O autor reitera que foi no século XVIII que ocorreu o surgimento dos primeiros hospitais militares nas maiores cidades do país, perfazendo uma nova baliza. Somente no século XIX, mais especificamente no ano de 1808, que foram fundadas as primeiras escolas médicas no país, com a vinda da família real, se configurando como um marco na história da Medicina de nosso país. Ainda nos séculos XVIII e XIX os hospitais se expandiram na Grã-Bretanha, no continente europeu e na América. O fato ocorreu devido, em muito, ao desenvolvimento das ciências nos séculos XVI e XVII, sobretudo em função da ampliação da prática de dissecação, da descrição da circulação do sangue, do aprofundamento nos estudos das doenças, da descoberta de vacinas etc. (LAPREGA, 2015)

O filósofo francês Michel Foucault (1993), que dedicou sua prática profissional, entre outras coisas, à reflexão sobre o poder e o conhecimento, contribuiu com a análise da construção do hospital e traçou um prognóstico da sua evolução. O autor parte da premissa de que, ao longo da história, o hospital deixou de ser um lugar de bem morrer para um lugar de cura. (FOUCAULT, 1993) Dentre seus parâmetros de investigação, considera o século XVIII como sendo o tempo em que o hospital se institui enquanto um instrumento terapêutico. Antes desse período era considerado essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, assim

como local de separação e exclusão, o que, por si só, eram fatores que atrapalhavam seu potencial de curar. (FOUCAULT, 1993)

No referido século, a prática médica era bastante pautada na conduta individualista, compreendida através do conhecimento de textos e prescrição de receitas. A intervenção médica era ordenada em torno da noção de crise. O médico devia observar o doente e a doença desde os primeiros sinais para descobrir o momento da crise. Essa batalha, em torno da cura, era travada de forma individual entre médico e doente. (FOUCAULT, 1993)

O autor citado também sustenta a hipótese de que, primeiramente, o hospital se “medicalizou” por meio da acumulação das desordens, e o ponto de partida para a reforma hospitalar foi o hospital marítimo. Os hospitais militares e marítimos se tornaram modelos de reorganização hospitalar, devido às regulamentações econômicas terem se tornado mais rigorosas. (FOUCAULT, 1993) A reforma nesses hospitais se iniciou com base na disciplina, técnica que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos, também adotando protocolos e quarentena. Na época, a formação do indivíduo, sua capacidade e aptidões passaram a ter um preço para a sociedade. A formação de um soldado era custosa, portanto, deveria se fazer tudo que estava ao alcance para que ele não morresse de alguma doença passível de ser curada. (FOUCAULT, 1993)

No ambiente hospitalar a disciplina ficou mais evidente por meio do registro contínuo do paciente, pela realização de exames para investigação de diagnóstico, por meio das visitas médicas e é por meio da introdução desses mecanismos disciplinares que o hospital vai se “medicalizando”. (FOUCAULT, 1993) Também vai ocorrer a transformação do saber médico e do sistema de poder no interior do hospital. É ainda no século XVIII que o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, por comandar a equipe e por adotar a rotina de ir ao leito do paciente. (FOUCAULT, 1993) Para Foucault (1993, p. 90), “[...] constituiu-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber”.

## **O HOSPITAL MODERNO NO BRASIL**

O século XX se constitui como um novo marco na história do hospital e George Rosen (1979) contribui com reflexões acerca do hospital moderno, enfatizando que a partir desse período houve um aumento do número de pessoal técnico e médico exigido pelo hospital, em decorrência da aplicação do conhecimento bacteriológico e dos estudos de laboratório na Medicina clínica. Nesse tempo ainda houve a reorientação dos setores por grupos específicos, a exemplo do serviço de maternidade, e ocorreu a reforma da enfermagem, por meio do treinamento

das enfermeiras, o que culminou em períodos de conflitos com os médicos que passaram a temer a mitigação de sua autoridade. (ROSEN, 1979) Nesse sentido, as relações de poder se tornam mais evidentes e problemas nas definições dos papéis do enfermeiro e do médico se tornam uma constante. (FOUCAULT, 1993)

Foi ainda no século XX que o profissional assistente social passou a compor a equipe hospitalar, o que também foi motivo para novos episódios de conflito com a classe médica. Esse mesmo período foi marcado pelo aumento do quantitativo de profissionais atuantes nos hospitais e pela ampliação das ofertas de serviços, o que provocou a elevação dos custos institucionais e a gradual expansão do número dessas instituições. Em face desse cenário, a atitude pública em relação aos hospitais foi sendo modificada, posto que a população começou a perceber a redução dos índices de mortalidade e passou a identificar o local como um lugar onde a cura era possível. (ROSEN, 1979)

Outros pontos em destaque do século mencionado são a expansão dos hospitais privados, o crescimento dos planos de saúde, o surgimento de novas profissões relacionadas à área médica – inclusive a administração hospitalar é validada como nova profissão –, e o aumento da complexidade organizacional dessas instituições. Segundo Rosen (1979, p. 368), “a consequência deste desenvolvimento foi dar ao hospital o papel central na atenção médica moderna, torná-lo responsável por tarefas complexas e vastas, mas ao mesmo tempo produzir tensões e conflitos dolorosos [...]”. Essa nova roupagem do hospital salvaguarda os avanços, conquistas e dilemas da atualidade.

Então os questionamentos são: qual o modelo da atualidade? Quais as rupturas e quais são as continuidades? O que é sabido é que, na atualidade, os hospitais privados continuam em acentuada disseminação, também ocorreu o surgimento de novos hospitais públicos, o endividamento de casas de misericórdia e estabeleceu-se, com maestria, o modelo hospitalocêntrico. (ROSEN, 1979) A disciplina hospitalar e as relações de poder continuam a compor o cenário e o hospital continua a ser um local de disputa para o exercício profissional, sobretudo dos médicos. Compreender a dinâmica do modelo hospitalar no Brasil e no mundo é importante para entender as mudanças pelas quais o hospital passou ao longo dos séculos, inicialmente, de um lugar para morrer, para, posteriormente, um lugar de possível esperança de vida.

No Brasil, o movimento da reforma sanitária da década de 1980 conseguiu instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Com a promulgação da nova constituinte, a saúde passou a ser um dever do Estado e um direito de todos os brasileiros, na teoria. O SUS, nesses últimos 30 anos, criou estratégias para que a população pudesse ter um acesso mais amplo à saúde através da desconstrução do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico.

O SUS também visa a construção de uma rede de saúde voltada para o atendimento integral da população, em diversos níveis de assistência, tal como a rede primária, em que o atendimento acontece mais próximo da comunidade, através da Unidade de Saúde da Família (USF), por exemplo. A rede secundária atua através de serviços especializados em nível ambulatorial, a exemplo das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e a rede terciária atende as necessidades mais complexas de saúde dos indivíduos, sendo composta também pelos hospitais ligados ao serviço público. (SOLLA; PAIM, 2014; TEXEIRA; VILASBÔAS, 2008)

Os desafios do SUS e dos hospitais públicos são diversos. Sestelo e Bahia (2014) apresentam dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) que demonstram que os gastos com saúde por parte do poder público no Brasil são de 47% enquanto o setor privado investe 53%. Contudo, a ideia é que o primeiro cubra 100% da população brasileira por ser um sistema público e universal – mas como, com um investimento proporcionalmente tão baixo? O segundo se limita àqueles que podem pagar via desembolso direto ou por meio dos planos e seguros de saúde. Em 2008, a parcela dos brasileiros que podia custear suas necessidades em saúde, consoante aos autores, girava em torno de 26% da população. Sendo assim, é possível perceber através desses dados o quanto os gastos em saúde pública são deficitários. Esse subfinanciamento do SUS é responsável pelos inúmeros percalços que a população enfrenta no seu dia a dia em busca do atendimento em saúde na rede pública.

O número de hospitais no Brasil, de 1990 a 2010, caiu de 6.532 para 6.384. Na década de 1990 apenas 21,1% eram públicos e em 2010, esse número chegou a 31,9%. Essa queda, no número total de hospitais, pode ser entendida através de duas óticas: a primeira seria que o decréscimo de hospitais seria resultado do incremento de outros estabelecimentos públicos de atendimento à saúde, como unidades básicas que passaram de quase 20 mil para 40 mil no período em destaque. Também ocorreu o aumento do número de ambulatórios especializados, passando de 8 mil para quase 30 mil. Em contrapartida, o poder público possuía 20,6% do controle destes espaços no ano de 1990 e, em 2010, essa porcentagem reduziu para 10,7%. Concomitantemente, os serviços de emergência aumentaram de 300 (65,7% públicos) para 800 (77,9% públicos). Além disso, os serviços de apoio de diagnóstico e terapia (raio-X, ultrassonografia, mamografia, radioterapia, Fonoaudiologia e outros) foram de 4 mil (apenas 5,4% públicos) para 16 mil (6,4% públicos). (PAIM et al., 2011 apud SOUZA; BAHIA, 2014) Assim, é possível que as novas unidades das redes primária e secundária possam ter contribuído para a diminuição da demanda por leitos hospitalares e, conseqüentemente, estimulado a queda no número de hospitais nos últimos 20 anos.

Todavia, a segunda ótica a ser pensada seria que as condições de subfinanciamento do SUS tenham colaborado para o fechamento de hospitais nessas últimas

duas décadas, já que o número de leitos hospitalares por habitantes no Brasil passou de 3,3 leitos por 1.000 habitantes em 1993, para 1,9 por 1.000 habitantes em 2009. (PAIM et al., 2011 apud SOUZA; BAHIA, 2014)

Análises mais recentes sobre a situação dos hospitais no Brasil apontam alguns números divergentes daqueles apresentados no estudo citado. Em 2010, segundo um estudo da Confederação Nacional da Saúde (CONSaúde) – associação sindical que representa todos os serviços (clínicas, hospitais, policlínicas etc.) de saúde do Brasil –, o Brasil contava com um total de 6.907 hospitais, porém sofreu decréscimo ao longo dos anos, o que totalizou o número de 6.702, em 2019. O setor privado foi o mais atingido. Enquanto o setor público aumentou o número de hospitais em 355, o setor privado obteve uma perda de 560 estabelecimentos, no período de 2010 a 2019. Ainda assim, o número de hospitais privados (4.267) é aproximadamente o dobro do número de hospitais públicos (2.435) no país. A análise também concluiu que o número de leitos no Brasil continua a decair, sendo sua maior queda observada também no setor privado. (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2019)

A queda no número de hospitais privados também prejudica os usuários do SUS, uma vez que o Estado utiliza a rede privada como modo de assistência médica suplementar à Saúde Pública. O SUS contrata leitos do setor privado para tentar suprir, minimamente, a demanda da população pelo nível terciário de atenção. (SESTELO; BAHIA, 2014; SOUZA; BAHIA, 2014)

Nas últimas duas décadas a infraestrutura física de saúde no país sofreu um voluptuoso incremento de novos estabelecimentos. Porém, através dos dados supracitados, é perceptível que os espaços que possuem maior número de tecnologias duras, ou seja, maior aporte de máquinas tecnológicas para os exames diagnósticos, tratamentos e atendimento de saúde mais complexos, como é o caso dos hospitais, ainda se encontram, em sua maioria, nas mãos do poder privado, o que beneficia apenas uma pequena parcela da população.

Através dessas perspectivas, pode-se enxergar um reordenamento no campo da saúde e no acesso da população a esse setor. Os hospitais, que no período medieval eram destinados à parcela da população mais vulnerável, nas últimas décadas têm se tornado um dispositivo destinado, predominantemente, às classes mais abastadas da população. Assim, para compreendermos a história do hospital, de modo mais amplo, é necessário observar nuances sociais, econômicas e políticas, de modo que possamos interpretar as continuidades e rupturas inerentes ao acesso à saúde da população à luz desses elementos.

## **A HISTÓRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS (HUPES)**

Desde 1808, quando d. João VI fundou a Escola de Cirurgia da Bahia, a prática médica dependia das instalações do antigo Hospital Militar, localizado no Terreiro de Jesus. (TOUTAIN; SILVA, 2010) Somente em 1º de abril de 1813, quando a escola é transformada na Academia Médico-Cirúrgica, que mais tarde irá dar origem à atual Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), percebe-se um pequeno avanço no ensino prático dos estudantes, apesar da precariedade dos meios e da irregularidade no funcionamento da instituição. (TEIXEIRA, 2001)

Apenas no fim do século XIX, o ensino prático da Clínica Médica e cirúrgica que, até então, eram realizadas em instalações insalubres da Faculdade de Medicina no Terreiro de Jesus, são transferidas para as enfermarias e serviços do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, atual Hospital Santa Izabel, localizado no largo de Nazaré, que, naquele momento, tinha capacidade de 600 leitos. (TEIXEIRA, 2001) Inicialmente, o estudante cursava o ciclo básico, com a duração de três anos, com disciplinas ministradas nos anfiteatros e laboratórios no prédio do Terreiro de Jesus e, posteriormente, cursava o ciclo clínico, que se constituía das disciplinas de Clínica Médica, Cirúrgica e das especialidades que eram ensinadas no Hospital Santa Izabel e eventualmente em outros hospitais, como o Ambulatório Augusto Vianna e a Maternidade Climério de Oliveira. (TEIXEIRA, 2001)

Essa parceria realizada pela Faculdade de Medicina com o Hospital Santa Izabel perdurou por 56 anos, favorecendo a prática médica por muito tempo. Contudo, é importante ressaltar, que o convênio fornecia condições de prática que estavam aquém das preconizadas atualmente. Devido ao hospital ter como foco o assistencialismo com teor filantrópico e de caridade, em geral, os pacientes permaneciam internados por longos períodos, sem sequer um diagnóstico do seu real problema e sem um tratamento adequado, afinal não existia uma investigação aprofundada que visava identificar a causalidade das doenças, pois apesar da boa vontade das irmãs de caridade, as péssimas condições de trabalho não possibilitaram a prestação de uma melhor assistência à saúde. (OLIVEIRA, 2010)

Naquele período a atuação da enfermagem ainda era muito restrita a medidas assistencialistas de caridade e cuidados paliativos. O número de exames laboratoriais disponíveis era bem menor e os prontuários, tratamentos e prescrições não recebiam a devida atenção e cuidado. Além disso, por se tratar de um hospital de caridade, o público que procurava aquele estabelecimento apresentava um perfil delimitado e com pouca variação de patologias, o que acabava limitando o aprendizado dos estudantes que ali realizavam suas práticas. (TEIXEIRA, 2001)

Tal fato, fez com que, por muito tempo, os alunos deambulassem de forma incerta à procura de parcerias com outras instituições. Nesse contexto, algumas instituições merecem destaque. O Hospital Couto Maia exerceu um importante papel por ampliar o ensino ao promover o contato de estudantes com as doenças infectocontagiosas. O Hospital de Pronto Socorro e o Hospital Getúlio Vargas possibilitaram que alguns alunos tivessem a oportunidade de vivenciar a prática dos serviços de urgência, tanto na parte clínica, como cirúrgica, e adentrar nas especialidades médicas. (TEIXEIRA, 2001)

Entretanto, apesar das buscas por parcerias, naquele período, o ensino médico ainda contava com uma parcela significativa de muita teoria e pouca prática, na Bahia. Somente em meados do século XX, nos anos 1950 e 1960, é que surgiu uma maior preocupação referente ao ensino prático, à necessidade de se demonstrar na prática o que era aprendido na teoria, e um maior incentivo a participação direta dos estudantes em acompanhar os pacientes de forma contínua e realizar uma maior investigação laboratorial. (TEIXEIRA, 2001)

Na década de 1890, os estatutos das Faculdades de Medicina já reconheciam a importância do ensino prático para a formação acadêmica ao destacar que o Estado deveria fornecer condições mínimas para que os hospitais e maternidades vinculados a uma instituição de ensino pudessem se desenvolver. (TEIXEIRA, 2001) Entretanto, essa promessa ficou no papel por muito tempo. Desde a gestão do diretor da faculdade Augusto Viana em 1908, inúmeros foram os esforços para tirar essa ideia do papel. Acredita-se que desde esse período inicial em que foi criado o ambulatório que recebeu o seu nome, já existia a ideia de construção de um hospital pavilhonar. (TEIXEIRA, 2001)

Em 1930, na gestão de José de Aguiar Costa Pinto, o diretor, juntamente com a congregação da faculdade, buscou apoio de autoridades estaduais e federais, inclusive com o presidente Getúlio Vargas, e, em março de 1936, fundou-se o Núcleo Pró-Hospital das Clínicas, com o apoio de professores como Edgard Santos, Fernando Luz, Flaviano Silva e Costa Pinto e de estudantes. Podemos considerar o ano de 1936, quando o então reitor da universidade, Edgard Santos, se torna também diretor da Faculdade de Medicina, como um divisor de águas da prática médica no ensino universitário. (TEIXEIRA, 2001)

Edgard Santos, com experiência prévia adquirida na construção de outros hospitais, juntamente com Ernesto Souza Campos, médico e engenheiro com especialização em Higiene e Medicina Preventiva e experiência vivenciada na Universidade Johns Hopkins nos EUA, dão luz ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Em 1939 as obras foram iniciadas, tendo sido finalizadas em 1948, ano de inauguração da instituição. A partir da Lei nº 4.226, de 23 de maio de 1963, este hospital universitário passou a ser denominado Hospital

Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), em homenagem ao então reitor Edgard Santos. (TEIXEIRA, 2001) Destaca-se, ainda, a preocupação em adequar o ambiente para atender às necessidades da população baiana e uma das primeiras unidades dentre os hospitais de ensino projetadas exclusivamente para este fim. (OLIVEIRA, 2010)

Com a detenção total da administração dos serviços oferecidos pelo hospital, o diretor João Batista Caribé juntamente com o conselho formado por professores renomados da Faculdade de Medicina realizou uma gestão administrativa que deu resultados promissores e indicativos de progresso, o que garantiu grande prestígio à Universidade Federal da Bahia (UFBA). (TEIXEIRA, 2001)

Nesse contexto, a Enfermagem ganhou destaque por sua atuação inovadora e mudanças na rotina de trabalho, implementando avanços nas técnicas e práticas de cuidado com o paciente, que foram fundamentais para o sucesso no ambiente hospitalar que serviu de parâmetro para nortear a atuação dessa categoria em outros hospitais da cidade, do estado e até mesmo de outras regiões do país. (TEIXEIRA, 2001)

Nos seus primeiros anos de funcionamento, o hospital representou um grande símbolo de prosperidade para a FMB, pois ali a universidade poderia ter mais autonomia ao se desvincular de instituições filantrópicas, bem como a possibilidade de aprimorar seus serviços e práticas médicas. Isso possibilitou uma grande inovação na assistência médica, pois modernizou o ensino ao introduzir novos modelos de assistência, novas práticas médicas, avanços nas medidas terapêuticas e propedêuticas, descobertas de novos medicamentos, de novos patógenos que até então desconhecidos, de vacinas, implantação de aparelhos tecnológicos mais avançados, entre outros. (TEIXEIRA, 2001)

Entretanto, a redução contínua do financiamento proveniente do Ministério da Cultura e da Educação, a partir dos anos 1950, culminou na crise dos anos 1970 e 1980, fazendo com que o hospital fosse obrigado a reduzir o número de leitos disponíveis. (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007) Apenas com a criação do SUS, no final da década de 1980, e com o advento de novos recursos do Ministério da Saúde, que o hospital conseguiu se reestruturar e garantir a sua subsistência, mesmo carecendo constantemente de recursos, e se manter até os dias atuais. (ARAÚJO, 2014)

Diante das dificuldades, em 2003 o HUPES fez parte do projeto piloto de reestruturação dos hospitais universitários do Ministério da Saúde, e, após diagnóstico situacional, a comissão técnica propôs a reestruturação dos serviços, com base na assistência centrada no paciente; no ensino focado no aprendizado do aluno; na integração da pesquisa ao ensino e à assistência; na garantia de serviços integrados nas suas diferentes áreas e especialidades; e na gestão profissionalizada. (ARAÚJO, 2014; PINHEIRO; BORGES, 2019) Em outubro de 2004, após

algumas adequações, o HUPES passou a ser certificado como hospital de ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde. (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021)

Em 26 de junho de 2006, o Conselho Universitário da UFBA aprovou a criação do Complexo Universitário Professor Edgard Santos (Complexo HUPES). Isso representou um grande marco para a assistência médica na Bahia e para a referida universidade, por ampliar a integração entre o ensino, pesquisa, extensão e assistência, fazendo com que, ao longo dos anos, o hospital fosse ganhando mais reconhecimento da comunidade acadêmica e da sociedade. (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021)

O Complexo HUPES é estabelecido por três unidades de apoio, são eles: o HUPES; o Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO), criado em 22 de setembro de 1994, através da Portaria nº 1.908/94 e do Processo 23066 058388/93-60 da reitoria, que substituiu o Centro de Hidratação e Reabilitação Infantil (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021);<sup>1</sup> e o Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto (AMN), construído em duas etapas. A primeira etapa foi inaugurada em setembro de 1996, concluída com recursos do Ministério da Economia. Na segunda etapa, finalizada em 15 de dezembro de 2000, houve ampliação e modernização da unidade. Foi realizada com recursos, destinados aos ambulatórios especializados do HUPES, provenientes do projeto REFORSUS do Ministério da Saúde, do Programa de Readequação da Infraestrutura e do Parque Tecnológico dos Hospitais Universitários do Ministério da Educação. (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021)

De acordo o *site* Edgardigital-UFBA, a autora Gisele Santana (2018) afirma que o HUPES teve um papel de destaque no estado da Bahia, por ter sido pioneiro na implantação da primeira lavanderia e cozinha industrial dentro de um hospital. Além disso, a instituição realizou a primeira hemodiálise do Norte e Nordeste do Brasil e inaugurou a primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Bahia. Além disso, tornou-se referência em pesquisas e tratamento das chamadas doenças tropicais, como a leishmaniose, a doença de Chagas, as hepatites virais, entre outras. Santana também considera a instituição

[...] um dos maiores hospitais públicos do estado com atendimento voltado integralmente para o Sistema Único de Saúde (SUS), é referência na Bahia no tratamento de doenças de média e alta complexidade como, cirurgia cardíaca, transplante de medula óssea e atendimento de hemodinâmica,

---

1 Este surgiu em 1980 em uma parceria da UFBA com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e em 1991, por meio da Portaria de 25 de janeiro de 1991, foi devolvido a UFBA.

e é o 4º da rede Ebserh em pesquisa, dentre as 40 unidades universitárias cadastradas. (SANTANA, 2018)

De acordo com dados disponíveis no *site* do HUPES/UFBA, a instituição possui 42 mil m<sup>2</sup> de área construída, 289 leitos, 130 consultórios, 17 salas de aula, 3 auditórios, 12 laboratórios de pesquisa, 16 unidades de internação, 295 médicos, 199 enfermeiros, 149 professores de Medicina, 1.089 estudantes de graduação, 145 de pós-graduação, 235 médicos residentes, 46 residentes multiprofissionais e mais de 1.500 funcionários. E tem como objetivo prestar assistência à saúde da população, formar recursos humanos voltados para as práticas de ensino, pesquisa e assistência e produzir conhecimentos em benefício da coletividade. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2013)

Entretanto, apesar de reconhecer a importância do HUPES para a população, considerado por muitos como referência em algumas áreas e pioneiro em alguns aspectos, não podemos deixar de destacar que, por muitos anos, o hospital vem passando por um processo de sucateamento. Sua potencialidade não é explorada como deveria – se isso ocorresse, os resultados poderiam ser ainda mais promissores.

## **MUDANÇA DE GESTÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARA O MODELO EBSERH**

O Complexo HUPES, conhecido também pela comunidade soteropolitana, como Hospital das Clínicas, faz parte de uma rede de Hospitais Universitários Federais (HUFs), que traz como escopo, de acordo com Littike e Sodré (2015, p. 3053) a responsabilidade de duas políticas sociais, a educação e a saúde:

O HUF responde pela formação de um elevado número de profissionais de saúde e pela produção de grande parte de pesquisas na área biomédica a nível nacional; bem como, participa na implementação da política de saúde, a qual visa por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) intervir no quadro saúde-doença da população.

De acordo com Fernandes (2017), os hospitais associados às universidades federais desde seus surgimentos confrontam as adversidades impostas pelo subfinanciamento ao qual o SUS, como um todo, é submetido desde a sua criação. Nesse sentido, o Complexo HUPES não foge à regra.

Desde sua construção, o HUPES, passou por processos de sucateamento e a falta de financiamento acarretou uma forte degradação em sua estrutura física, tecnológica e funcional. Tal processo levou à diminuição de seus atendimentos, culminando,

posteriormente, na paralisação de suas atividades. Só a partir das parcerias estabelecidas com organizações públicas, na década de 1990, o hospital voltou com suas funções. (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021)

No entanto, a falta de investimento não parou por aí. O HUPES, bem como todos os HUFs, continuou sendo sucateado e precarizado o que trouxe, mais uma vez, déficits enormes para sua infraestrutura, reverberando nas comunidades para as quais prestam serviços. Além disso, tal fato levou ao endividamento da instituição, bem como à escassez de trabalhadores, devido a não contratação de novos servidores por meio de concursos públicos. (PINHEIRO; BORGES, 2019)

Como medida de enfrentamento, para esse quadro, surgiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), instituído pelo Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. O REHUF surgiu a partir de um relatório realizado em parceria entre o Ministério da Educação e o Banco Mundial. Nesse documento existem alegações de que os HUFs possuíam má gestão, déficit nos recursos humanos associado a contratos de trabalhos rígidos (regime jurídico único) além de equipamentos e infraestrutura danificados. (PINHEIRO; BORGES, 2019)

O REHUF foi criado com o intuito de: “[...] reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do art. 4º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990”. (BRASIL, 2010a) Já o REHUF, de acordo com o artigo 2º, tem por objetivo “[...] criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde”. (BRASIL, 2010a)

Os focos de intervenção do REHUF foram: “investir em infraestrutura, equipamentos e atividades-fim das instituições; reestruturar o quadro de profissionais; estabelecer mecanismos adequados de financiamento compartilhados entre os ministérios da saúde e educação; e modernizar a gestão”. (LEITE; SOUZA, p. 88) Nada mais que uma releitura inspirada no documento do Banco Mundial de 2007, que traz a ideia de fazer mais com menos, tendo como essência principal a gestão. (FERNANDES, 2017)

Para o financiamento do REHUF, foram cedidos 756 milhões, proveniente do Banco Mundial, para serem distribuídos entre 46 hospitais até 2012. (CISLAGHI, 2011) Essa aplicação de recursos exigia um levantamento situacional dos HUFs, realizado pelas universidades associadas, para que pudesse ser elaborado um plano de medidas de acordo com a necessidade de cada um, relacionando suas condições físicas, tecnológicas, financeiras, além de um cronograma para execução do plano com atividades e metas. No entanto, o governo passou por cima desta normativa, condicionando uma alternativa como saída para as mudanças propostas. (CISLAGHI, 2011; FERNANDES, 2017)

Foi nesse contexto que surgiu a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Inicialmente, ela foi concebida no mandato do ex-presidente Lula, como uma Medida Provisória (MP nº 520 de 31 de dezembro de 2010). (GOMES, 2016) A MP traz em seu art. 1º a autorização do “Poder Executivo a criar empresa pública sob a forma de sociedade anônima Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) [...] vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado”. (BRASIL, 2010b)

No entanto, foi no governo de Dilma Rousseff que houve a efetivação da criação da EBSERH com a Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com a finalidade de:

Prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária. (BRASIL, 2011)

A adesão por parte das universidades federais à EBSERH ocorreu de acordo com o interesse de cada instituição. A partir do estabelecimento de adesão, era firmado um contrato entre as partes. (PINHEIRO; BORGES, 2019) Nele constavam, de acordo com art. 6º da Lei Federal nº 12.550/2011, às obrigações dos assinantes, bem como suas metas de desempenho, indicadores, prazos, acompanhamento e avaliação com os critérios e parâmetros estabelecidos.

Essa adesão não foi vista e aceita com bons olhos pelos funcionários das universidades, em geral. No HUPES, por exemplo, ocorreram inúmeros embates por parte de estudantes, técnicos e docentes, conforme dados coletados em entrevistas com trabalhadores do HUPES. Fernandes (2017) traz que, mesmo tendo esses posicionamentos contrários, muitos contratos foram assinados, demonstrando o posicionamento antidemocrático e silenciador por parte dos reitores que aderiram à EBSERH. Levantando-se o questionamento de como pode uma empresa com sede administrativa em Brasília ministrar o Complexo HUPES, sem pormenorizar sua atuação e considerar as disparidades regionais e analisar com detalhe a realidade e adequar as metas e prestações de serviços às necessidades da população local.

Vale ressaltar que, para Granemann (2007), a criação da EBSERH é uma forma não clássica de privatização da saúde, ao passo que a venda do patrimônio público não se dá de forma explícita, em muitos casos. Ou seja, cria-se dispositivos velados de entrega desse patrimônio ao capital privado e este transfigura essa dinâmica,

bem como o sentido dos serviços públicos, a partir de uma ótica de mercado. Desta forma, os serviços de saúde passam a ser pautados a partir de metas e produtividade o que se afasta completamente do olhar ampliado em saúde. (FERNANDES, 2017)

Quem trabalha com a vida das pessoas não pode e não deve ser submetido à 'lógica de mercado', que em se tratando de saúde e da vida das pessoas, é um conceito absolutamente anacrônico e incompatível com a Reforma Sanitária e com os princípios da ética e do humanismo. (BATISTA JÚNIOR, 2011, p. 41)

Desta forma, os conflitos de interesses dentro dos hospitais universitários, por muitas vezes, acabam convergindo para a lógica da dominância financeira na assistência médica, onde o capital e os interesses privados prevalecem em detrimento do bem-estar social. Apesar de uma parte das verbas ser financiada pelo dinheiro público, pelo Ministério da Saúde, por meio do SUS, as articulações público/privadas são uma realidade constante. E muitas vezes os convênios e os atendimentos particulares acabam complementando a renda do hospital, privatizando alguns serviços. (OLIVEIRA, 2010; SESTELO, 2018) Ainda nesse contexto, podemos perceber uma falta de integração dos hospitais de ensino com o SUS. Ela é perceptível nos problemas de regulação, nas dificuldades de pactuação e cooperação e na carência de investimento em pesquisa.

Ainda assim, os hospitais universitários vêm resistindo na luta de pôr em prática sua missão com foco no ensino, pesquisa, extensão e assistência médica, contribuindo para a formação de profissionais bem capacitados, apesar das inúmeras dificuldades. Dentre elas, vale a pena listar: o subfinanciamento e uma estrutura física inadequada, que apesar de seguir as normas estabelecidas pelas portarias interministeriais (que estabelecem critérios para a certificação como hospital-escola), acabam não sendo suficientes para atender às demandas de pacientes e à quantidade de estudantes que realizam suas práticas naquele ambiente. (ARAÚJO, 2014)

## **HUPES VERSUS FUNDAÇÃO BAHIANA DE CARDIOLOGIA**

É válido ressaltar que a história do HUPES também é permeada por situações que, embora tenham chamado atenção, não foram experiências positivas em sua completude. Um exemplo de ocorrência dessa natureza teve início com o contrato firmado entre a Fundação Bahiana de Cardiologia (FBC) e a UFBA/HUPES, em 1990. Conforme avançava o cumprimento deste contrato, em 19 de julho de 2001, o HUPES recebeu uma carta de notificação da auditoria especial realizada

pela Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab) para apuração de denúncia do Diretório Central dos Estudantes (DCE) da UFBA que foi levada adiante após encaminhamento do prof. Manoel Barral Netto – o então diretor da Faculdade de Medicina. A agremiação apontava como “Justificativa para incluir a discussão do Hospital Universitário na Pauta do Conselho Universitário” os problemas que notaram na Unidade de Cirurgia Cardiovascular (UCCV) localizada no HUPES e gerenciada pela FBC. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2001)

Nessa apuração foram constatadas diversas irregularidades. Dentre elas destaca-se que os pacientes de convênio já tomavam 20% dos leitos – e eram internados com doenças simples, como hipoglicemia e diarreia. O atendimento dedicado a eles era diferente daqueles do SUS, que aguardavam dias para conseguir uma vaga, além de não conseguirem fazer exames necessários básicos, como os de raio-X, sob alegação de que não haveria filme para pacientes do SUS. Esses encontravam-se restritos apenas aos pacientes de convênio. No pronto atendimento da UCCV, os pacientes do SUS com diagnóstico de infarto agudo no miocárdio há menos de 12 horas não receberam trombolíticos para reduzir os efeitos do infarto, enquanto pacientes de convênios ou particulares recebiam o tratamento adequado. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA, 2002; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2001)

Outro fator é que os pacientes de convênio da UCCV tinham dois registros, um do convênio e outro do SUS, no qual havia sinais de que estava sendo aplicada a dupla cobrança pela UCCV. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA, 2002) Além da UCCV receber verbas do REFORSUS, não prestar contas e nem pagar conta de água, luz e impostos, existia ainda uma denúncia anônima referente a um médico que atendia seus pacientes no Centro Médico do Vale, instituição de atendimento particular, e recebia esses pacientes pela UCCV. No levantamento dos leitos do HUPES como um todo, os de convênio representavam 11,1%, já na UCCV a porcentagem chegou a 46,7%, nos dois levantamentos realizados. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA, 2002) Além disso, notou-se que de outubro a dezembro de 2001, a quantidade de cirurgias cardiovasculares realizadas pelo SUS diminuiu de 56 para 14 operações – em média – por mês. (BAHIA, 2001)

Em contrapartida, a FBC se manifestou relatando que a UCCV era a maior geradora de recursos para o hospital universitário, e, ao longo de sua existência, patrocinava a cada dois anos um Congresso Internacional de Cardiologia, dentre outros benefícios salientados pela fundação. (FUNDAÇÃO BAHIANA DE CARDIOLOGIA, 2000)

Em relação à dupla cobrança a FBC (2000) relatou que todos os prontuários do SUS são auditados periodicamente pela auditoria da Sesab e enviados para o

SUS. Nos prontuários de internamento do HUPES está indicado se o paciente é do SUS ou é conveniado, impedindo assim, a dupla cobrança. Por fim, a FBC solicitou a investigação do médico que estava encaminhando pacientes carentes para realizar procedimento em instituições privadas. A FBC ressaltou que “é o nosso desejo, manifestar nossa solidariedade ao Hospital Universitário Professor Edgard Santos, de que somos parte inseparável”.

O Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes) se manifestou em carta nº 004/2003, pedindo a extinção do convênio do HUPES com a FBC, argumentando que esse modelo é lesivo para a universidade, pois fere a autonomia acadêmica, pedagógica, científica e de gestão. (ANDES, 2003) O Departamento de Medicina Social (DPMS) também se manifestou, apontando que o relatório que detectava as irregularidades supracitadas foi emitido por uma auditoria federal, demonstrando assim, a veracidade dos fatos a serem levados em consideração. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2002)

Com isso, o DPMS tomou as seguintes iniciativas de sugestões: a ampla divulgação do relatório para a comunidade universitária e para a sociedade, visando à apuração dos fatos; o ressarcimento do hospital dos recursos públicos devidos e a devolução dos valores que foram cobrados indevidamente; a averiguação das denúncias quanto a discriminação de pacientes do SUS, com apuração rigorosa das responsabilidades junto ao Ministério Público, com o objetivo de defender a assistência integral universal e equânime do HUPES para a população. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2002)

Em entrevista, Alessio Gion Rocha Brunn<sup>2</sup>– estudante do primeiro ano de Medicina na época – relatou sua indignação diante da situação dos pacientes do SUS que não recebiam a mínima condição de tratamento, sendo a eles negligenciados até mesmo medicamentos emergenciais em casos de infarto. Tal medida é considerada por médicos especialistas como decisiva para definir como será a evolução desses pacientes e certamente influenciou no desenrolar dos casos. Os estudantes de Medicina desse período se posicionaram contra a situação que feria a equidade do HUPES, por meio do DCE e do Diretório Acadêmico de Medicina (Damed). Foram a assembleias e realizaram denúncias formais contra a atuação da FBC no HUPES, visando garantir a autonomia do HUPES gratuito e de qualidade, sem segregação.

A situação chamou atenção e a movimentação estudantil ganhou apoio de professores, que notaram como o retorno financeiro estava sobrepondo a proposta de atenção prestada pelo hospital universitário. Ademais, em documentos que fazem

---

2 O texto a seguir foi produzida com base em informações obtidas na entrevista de Alessio Gion Rocha Brunn, concedida a Débora Jamile Pereira e Laisse Antonia Cardoso de Souza, coautores deste capítulo, em Salvador, Bahia, 26 dez. 2020.

parte do inquérito instaurado para auditar o funcionamento da FBC, registra-se a insatisfação estudantil no que dizia respeito ao ensino, alegando que os estudantes estariam sendo prejudicados no aprendizado, pois encontravam empecilhos no acesso à UCCV. Essa série de acontecimentos fomentou a movimentação estudantil para pôr fim ao contrato desarmônico entre a FBC e o HUPES. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2002)

A luta engajada dos discentes da FMB, auxiliada por docentes sensibilizados com a causa, ultrapassou os muros da universidade e repercutiu midiaticamente. O impasse iniciado em meados dos anos 2000 tornou-se público em 2003. O vínculo do HUPES com a FBC, que outrora era inseparável, se desfez. A finalização do contrato refletiu o êxito estudantil, docente e popular em seu engajamento contra situações que contrariavam os princípios que deveriam reger um hospital universitário. O HUPES pôde se refazer e retornar aos princípios norteadores do SUS, que são a universalidade, equidade e integralidade, em busca de garantir uma saúde pública de qualidade para a população baiana.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É evidente como a história do hospital é repleta de detalhes essenciais para a compreensão da sua atual estrutura e propósito, bem como os contrastes entre os distintos pensamentos que estiveram associados às suas diversas formas ao longo do tempo e em diferentes culturas. Além disso, vimos que o papel do hospital está diretamente ligado à concepção coletiva do processo saúde-doença de uma sociedade, sendo esse o principal norte do cuidado que será prestado.

Ademais, é válido salientar como o papel do hospital também se mostra essencial na educação dos futuros profissionais em saúde, sendo de suma importância a incorporação da instituição à trajetória acadêmica destes. Nesse aspecto reside a grande importância dos hospitais universitários, entre os quais o HUPES foi um dos primeiros no Brasil. Diante da relevância dos fatos, é cabível reafirmar a importância do resgate e da preservação da memória que faz parte não só da história da universidade na qual o HUPES foi gerado, mas também da Medicina como um todo, em especial no cenário nacional e baiano.

## **REFERÊNCIAS**

AMORIM, Adjane Balbino. *Adaptação de estabelecimentos assistenciais de saúde aos portadores de necessidades especiais: o caso do atendimento Ambulatorial do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos*. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Arquitetura em Sistemas de Saúde) – Faculdade de

Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/adaptacao\\_estabelecimentos\\_assistenciais\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/adaptacao_estabelecimentos_assistenciais_saude.pdf). Acesso em: 20 jan. 2021.

ANDES-SINDICATO NACIONAL (Brasil). *Carta nº 004/2003*. Brasília, DF, 10 jan. 2003.

ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, out./dez. 2014.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *HUPES – Carta de notificação*. Salvador, 19 jul. 2001.

BANCO MUNDIAL. *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando A Qualidade Do Gasto Público E Gestão De Recursos*. Brasil, fev. 2007. Disponível em: <http://repositorio.asces.edu.br/handle/123456789/1302>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. Gestão do SUS: o que fazer? *In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 36-42. Disponível em: [https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista\\_cadernos\\_de\\_Saude\\_PAGINA.pdf](https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf). Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Decreto-Lei nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais –REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime de pactuação global com esses hospitais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jan. 2010a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20072010/2010/decreto/d7082.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20072010/2010/decreto/d7082.htm). Acesso em: 5 jan. 2021.

BRASIL. Lei Federal nº 12.550, de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 dez. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm). Acesso em: 21 jul. 2022.

BRASIL. Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa brasileira denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2010b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm). Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospital. História e evolução dos hospitais. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Breve histórico sobre os hospitais em geral*. Rio de Janeiro, 1944. cap. 1, p. 7-46. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf). Acesso em: 23 dez. 2020.

CARMO, Maria do; ANDRADE, Eli Iôla Gurgel; MOTA, Joaquim Antônio César. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. *REME: revista mineira de enfermagem*, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 387-394, out./dez. 2007. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v11n4a07.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2022.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde, estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. p. 56-63. Disponível em: <https://www.scrib.com/doc/67170084/revista-cadernos-de-saude>. Acesso: 20 dez. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Cenário dos hospitais no Brasil*. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019CNSaudeFBH.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA. *Denúncia contra a Fundação Bahiana de Cardiologia (FBC)*. Salvador, 2002.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. *Nossa história*. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hupes-ufba/institucional/nossa-historia>. Acesso em: 20 jan. 2021.

FERNANDES, Rafaela Bezerra. *Da conquista ao desmonte: um estudo sobre os descaminhos da política de saúde em tempos de EBSEH*. 2017. Dissertação (Mestrado em Política Pública) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/23732>. Acesso: 20 dez. 2020.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. cap. 6, p. 99-111.

FUNDAÇÃO BAHIANA DE CARDIOLOGIA. *Documento em resposta ao documento intitulado "Justificativa para incluir a discussão do Hospital Universitário na pauta do Conselho Universitário"*. Salvador, 2000.

GOMES, Renata Machado dos Santos. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH): um estudo de caso. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, DF, v. 5, p. 26-38, dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i0.278>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GRANEMANN, Sara. Conferência Nacional de Saúde rejeita fundações estatais. *Jornal da Adufrj*, Rio de Janeiro, out. 2007.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS. *Histórico institucional*. Disponível em: <http://www.hupes.ufba.br/historico.html>. Acesso em: 20 jan. 2021.

JUNG, Carl Gustav. *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. v. 9/1.

KOCK, Scheila Rotondaro. Asclépio, o deus-herói da cura: seu culto e seus templos. *Revista do museu de Arqueologia e Etnologia*, São Paulo, supl. 12, p. 51-55, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revmaesupl/article/download/113567/111522/>. Acesso em: 20 dez. 2020.

LAPREGA, Milton Roberto. *Os hospitais de ensino no Brasil: história e situação atual*. 2015. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2015. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3693160/mod\\_resource/content/1/Os%20hospitais%20de%20ensino%20no%20Brasil%20hist%C3%B3ria%20e%20situa%C3%A7%C3%A3o%20atual.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3693160/mod_resource/content/1/Os%20hospitais%20de%20ensino%20no%20Brasil%20hist%C3%B3ria%20e%20situa%C3%A7%C3%A3o%20atual.pdf). Acesso em: 19 dez. 2020.

LEITE, Marcio Nolasco; SOUZA, Adáuto de Oliveira. Hospitales universitarios federales: un alineamiento la perspectiva de estado neoliberal. In: RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck et al. *Regionalização e gestão dos serviços de saúde: coleção geografia da saúde*. Blumenau: Instituto Federal Catarinense, 2019. p. 83-92.

LITTIKE, Denilda; SODRÉ, Francis. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3051-3062, out. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015001003051&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015001003051&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 jan. 2021.

NORONHA, José Carvalho de; GIOVANELLA, Lígia; CONNIL, Eleonor Minho. Sistemas de saúde da Alemanha, do Canadá e dos Estados Unidos: uma visão comparada. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 11, p. 151-172.

OLIVEIRA, Fernanda Messias de Figueredo. *Hospitais universitários e sua arquitetura: estudo de caso do Hospital Universitário Professor Edgard Santos*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Arquitetura) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

PINHEIRO, Karina de Farias; BORGES, Ângela Maria Carvalho. Os efeitos da EBSERH na Gestão dos Recursos Humanos dos Hospitais Universitários Federais. *Cadernos do CEAS: revista crítica de humanidades*, Salvador, n. 247, p. 452-477, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n247.p452-477>. Acesso em: 20 dez. 2020.

RABELO JÚNIOR, Álvaro. [Correspondência]. Destinatário: José Antônio de Almeida Souza. Salvador, 13 jul. 2000.

ROSEN, George. O hospital: sociologia histórica de uma instituição comunitária. In: ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. cap. 13, p. 335-370.

SANTANA, Gisele. *Hospital das clínicas comemora 70 anos de história*. Salvador, 26 nov. 2018. Disponível em: <http://www.edgardigital.ufba.br/?p=10545>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SESTELO, Antonio de Freitas; BAHIA, Ligia. Sistema de assistência médica suplementar (SAMS): breve histórico e modalidades desenvolvidas no Brasil (Seguros-Saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e outras). In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 139-150.

SESTELO, José Antônio de Freitas. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2027-2033, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2027.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira; PAIM, Jairnilson Silva. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 343-352.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Ligia. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infra-estrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 49-68.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 287-301.

TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus (1843-1995)*. 3. ed. Salvador: Edufba, 2001.

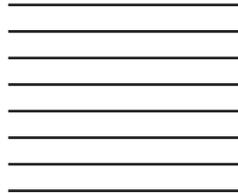
TOUTAIN, Lídia Maria Brandão; SILVA, Rubens Ribeiro Gonçalves da (org.). *UFBA: do século XIX ao século XXI*. Salvador: Edufba, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Comunicação ao Ilmo Sr. Prof. Dr. Manoel Barral Netto*. Salvador, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Um golpe contra a democracia*. Salvador, 18 mar. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Plenária do Departamento de Medicina Preventiva*. Salvador, 2002.





## 14

# HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA E DO SUS NA BAHIA

*Thiale de Souza Rios  
Felipe Asaf Borges Millard  
Maria Eduarda Messias Vassoler  
Mariralcia dos Santos e Santos  
Werikcson Roberths de Jesus Reis  
Hêider Aurélio Pinto*

## INTRODUÇÃO

*Qual a importância da Saúde Pública? A pandemia pelo coronavírus respondeu esta pergunta. Tanto para as medidas de promoção da saúde em geral e as de prevenção, desde o distanciamento físico, o uso de máscara e sobretudo a vacinação, bem como os serviços ambulatoriais e hospitalares para o tratamento da doença viral e de suas consequências que são muitas! Exigindo diferentes níveis de atenção à saúde, inclusive os mais complexos como uso de UTI.*

*(Ronaldo Ribeiro Jacobina)*

Iniciaremos este capítulo com o questionamento: qual a importância de conhecermos a história da Saúde Pública e do Sistema Único de Saúde (SUS) na Bahia? Acreditamos que você, possivelmente, já se fez essa pergunta. Mas, primeiro, precisamos saber qual a diferença entre a Saúde Pública e o SUS. E assim, iniciamos este capítulo convidando você para se debruçar sobre essas questões tão importantes para nós cidadãos. Tendo em vista, a importância de dialogarmos por meio deste capítulo com aqueles que vivenciaram e foram fundamentais para a construção histórica da Saúde Pública e do SUS na Bahia, além de uma pesquisa bibliográfica, realizamos quatro importantes entrevistas com pessoas-chave de marcos históricos fundamentais para conhecer essa conjuntura.

Logo, iniciamos as nossas entrevistas com a exposição dialogada com o prof. dr. Ronaldo Ribeiro Jacobina, médico pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), atualmente é professor da pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, da FMB. A nossa segunda entrevista foi realizada com a profa. dra. Carmen Fontes de Souza Teixeira, médica pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), fundadora do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, escritora de livros que tratam do processo de construção do SUS e da mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil. A terceira entrevista realizamos com o deputado federal Jorge José Santos Pereira Solla, médico pela UFBA, com mestrado em Saúde Coletiva pela mesma instituição e doutor em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que possui uma vasta experiência em gestão de órgãos da Saúde Pública, tendo sido gestor nas três esferas de governo. E finalizamos as entrevistas com a brilhante presença do prof. dr. Jairnilson Silva Paim, médico pela Faculdade de Medicina da UFBA, doutor em Saúde Pública, com a tese *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*, e autor do *best-seller O que é SUS?*, publicado em 2009. Além dessas célebres entrevistas para a construção deste capítulo consultamos artigos, monografias, teses, atas de registros, para que tivéssemos as mais fidedignas informações referente ao SUS e a Saúde Pública. Extraímos os maiores marcos históricos para que possamos juntos usufruir.

Para muitos, a Saúde Pública e o SUS são idênticos, mas, existem pontos e definições importantes para compreendermos juntos, é o que iremos fazer no início deste capítulo. Também abordaremos questões como onde estavam os atores sociais que mais necessitavam das políticas de saúde no debate e concepção de uma perspectiva sobre Saúde Pública? Paim salientou que a “*Saúde Pública pode ser um componente de um sistema universal e público de saúde [...]*”, enquanto o “*SUS, como está na Constituição e nas leis, é um sistema público de saúde e pode conviver com um setor privado ou com um subsistema privado [...]*”.

Assim, para compreendermos melhor o que já abordamos nos parágrafos anteriores, o capítulo foi dividido em períodos e marcos históricos sobre a Saúde Pública na Bahia que serão explorados e apresentados aos leitores. Um desses pontos foi o advento da Ditadura Militar que teve início no Brasil por meio de um golpe de Estado no ano de 1964. É importante questionar como ocorria o acesso da população baiana ao sistema de saúde nesse período. Outro ponto abordado é sobre o Movimento da Reforma Sanitária que denunciou a intensa negligência nas políticas sociais e nas condições básicas de saúde dos cidadãos da Bahia. Mostraremos que nas escolas médicas surgiram debates em torno da necessidade de democratização da saúde. Desta forma, após abordarmos a importância da insatisfação com o modelo de assistência à saúde, que foi exposto pelo movimento de Reforma Sanitária, analisaremos os fundamentos da VIII Conferência Nacional de Saúde. A conferência aconteceu após a Ditadura Militar, oportunidade que aqueles que lutavam pela melhoria do sistema de saúde tiveram para explicar suas insatisfações. Em seguida discutiremos os meios legais e implementação da saúde por meio da Constituição de 1988 em seu artigo 196 para que possamos compreender a melhor composição do que conhecemos como SUS e “a saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1990a, p. 55), a fim de que tenhamos a compreensão sobre a importância da Lei Orgânica e implantação do SUS e seus fundamentais atores na Bahia.

Portanto, parafraseando o filósofo italiano Antônio Gramsci (2001, p. 1403 apud GALASTRI, 2007, p. 134), diante da conjuntura que estamos vivendo, navegue por este capítulo buscando se apropriar que,

[...] é possível prever ‘cientificamente’ apenas a luta, mas não os momentos concretos dela, que não podem deixar de ser resultados de forças contrastantes em contínuo movimento, sempre irredutíveis a quantidades fixas, já que nelas a quantidade transforma-se continuamente em qualidade. Na realidade, pode-se ‘prever’ na medida em que se atua, em que se aplica um esforço voluntário e, desta forma, contribui-se concretamente para criar o resultado ‘previsto’.

Por isso, este capítulo tem por objetivo não apenas demonstrar os fatos históricos, mas abordar as lutas dos estudantes, da classe operária, da igreja, dos profissionais de saúde pela democracia e mudança do sistema de saúde, em tempos iguais ou piores do que nós vivemos hoje.

## A SAÚDE PÚBLICA EM MEIO À DITADURA MILITAR

Primeiramente, é essencial indagarmos: como era o acesso das pessoas à saúde sem o SUS? Antes de ocorrer o Movimento pela Reforma Sanitária a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e da subsequente promulgação da Constituição Federal de 1988, todo cidadão brasileiro e baiano que necessitasse de acesso à saúde recorreria aos serviços previdenciários, privados lucrativos, privados não lucrativos, universitários ou das redes estaduais e municipais.

Mas se já havia tantas opções assim, era fácil de acessar os serviços de saúde? Por mais que houvesse essa multiplicidade e heterogeneidade de serviços, isso não assegurava o acesso, havia muitas restrições. Como evidência, Paim apontou que, caso um soteropolitano não tivesse trabalho formal nem condições de pagar atendimentos particulares – o que era e é comum no país –, ele só teria como alternativa procurar pelos poucos centros de saúde estaduais e pelos hospitais especializados ligados à Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab) – como o Hospital Getúlio Vargas, o Hospital Octávio Mangabeira, o Hospital Juliano Moreira, o Hospital Couto Maia e a Colônia Lopes Rodrigues entre alguns outros –, além das poucas instituições não lucrativas – como o Hospital de Irmã Dulce, o Hospital Santa Izabel e o Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES).

Mas como funcionava esse ramo previdenciário da Saúde Pública que era oferecido pelo governo federal? Ele era capaz de promover saúde universalmente? Simplificadamente, olhando para meados da década de 1960, somente os trabalhadores que tinham carteira assinada podiam ter acesso a esse tipo de serviço público. (PAIM et al., 2011) Assim, retirava-se, mensalmente, do salário destes trabalhadores, quantias destinadas às suas respectivas previdências sociais, das quais o governo financiava o chamado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – criado em 1966 como uma compilação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), provenientes da Era Vargas, e transformado no Instituto Nacional de Assistência Médica em Saúde (Inamps), em 1977. (MATHIAS, 2018; PAIM et al., 2011)

Ainda sobre esse ramo previdenciário de Saúde Pública, Paim reitera quanto aos soteropolitanos que tinham o cartão do INPS:

*[...] para aquelas pessoas que tinham vínculo com o INPS, aí poderiam ser atendidas também pelos ambulatórios do INPS (Postos de Atendimento Médico - PAMs) que funcionavam, por exemplo, no Comércio; outros na Avenida Carlos Gomes. E nós tínhamos, ainda, hospitais da previdência, como o Hospital Ana Nery e, ainda, o hospital em Nazaré (Hospital Manoel Victorino) [...].*

Em 1974, com a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), o governo financiou diretamente a construção e a consolidação de hospitais

e clínicas privadas pelo Brasil. (PONTE, 2010) Paralelamente a isso, o INPS – e futuro Inamps – passou a concentrar recursos na contratação desses hospitais e instituições privadas para que se realizassem os tais serviços previdenciários, o que na visão de muitos estudiosos tratava-se de um processo não somente de capitalização do setor saúde, mas de desgaste da Saúde Pública. (PONTE, 2010) Cardoso e Sousa (2018) – que trabalham sobre o ensaio “Vendendo Saúde, o INPS e a Seguridade Social no Brasil” do pesquisador Luiz Eduardo Soares (1976) do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento (Ibrades) – complementam que o INPS, em relação à maior parte da população, funcionava como “um monstro que se alimentava do seu trabalho e não atendia às suas necessidades”.

Nesse sentido, é aí que encontramos algo que Jacobina se refere como o “modelo perverso” de saúde, no qual os empresários e os banqueiros que lucravam com o esquema de vendas de equipamentos, exames e procedimentos conseguiam favorecer a si e a seus aliados enquanto a maior parte da população não tinha sua saúde promovida e resguardada. Portanto, baseando-se na análise histórica e dialética de Madel Luz (2013, p. 14) – o qual também é citada por Maria Cristina da Costa Marques (2018, p. 358) e que reafirma um “modelo privatista” – ele conceitua e identifica este modelo como médico assistencial industrial e financeiro.

A maior perversidade seria pensar em centenas de milhares de pessoas sendo vistas como indigentes e tendo, portanto, acesso totalmente restrito aos serviços de saúde. A título de comparação, caso consideremos os números de hoje, é possível perceber toda essa perversidade. Somando-se a taxa atual de 41,5% de trabalho informal no país (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019) com o valor correspondente ao número de desempregados no mesmo ano de 2019, aproximadamente 50 milhões de brasileiros seriam vistos como indigentes e como, portanto, impossibilitados de usufruírem dos serviços previdenciários. De fato, não há como não inferir que se tratava de um caos e de uma barbárie partindo do próprio governo federal.

Outro equívoco comum é pressupor que os cidadãos com cartão do INPS não teriam problemas nas buscas por atendimento médico. Mesmo para quem tinha carteira assinada, o “sistema” era excludente. Não é por acaso, pois, que muitos jornais da época veiculavam fotografias de grandes filas aguardando atendimento nos Postos de Atendimento Médico (PAMs) do INPS, o que passou a ser alvo de sátira em várias charges do período. Frente a isso, a própria classe média alta, que tinha vínculo com o INPS, tendia, inclusive, a não desfrutar dos serviços previdenciários porque identificavam esse problema da grande demanda não atendida; recorrendo, portanto, às clínicas particulares que já se formavam na época. (MATHIAS, 2018) Como se não bastasse, evidências demonstraram que o INPS e o Inamps constituíram uma ampla e complexa organização corrupta

envolvendo o setor saúde e na qual vários escândalos foram sendo descobertos. (CARDOSO; SOUSA, 2018)

No que tange às redes estaduais e municipais de saúde, apesar de serem presentes em dezenas de municípios, elas não constituíram uma realidade em todos os estados e municípios brasileiros ao final da década de 1970. (SANTOS, 2018) Muitas delas foram impulsionadas pela própria sociedade civil organizada em bairros e localidades periféricas até que as instâncias governamentais estaduais e municipais se sensibilizassem ao financiamento dos primeiros postos de saúde, como ocorreu na cidade de São Paulo. (MATHIAS, 2018)

Paim ainda complementa que, no que diz respeito à capital Salvador, além de apenas quatro centros de saúde estaduais até o final da década de 1960, havia alguns poucos e pioneiros “postinhos” municipais voltados para pronto-atendimento de simples resolução, não havendo, portanto, um significativo empenho próprio da Secretaria Municipal de Salvador em promover saúde. Em Feira de Santana, especificamente, havia bairros que não possuíam nenhum serviço de saúde enquanto outros possuíam, em uma mesma rua, serviços com complexidades iguais, mas ramificados em previdenciários, privados lucrativos e municipais; os quais, inclusive, não se dialogavam.

É exatamente em virtude dessa ramificação incomunicável que se confirma a existência de um não sistema. Muitos médicos, inclusive, estavam trabalhando simultaneamente em várias dessas ramificações da Saúde Pública a fim de “soma-tizarem” seus respectivos salários. Nessa mesma perspectiva, Teixeira reitera que:

*[...] não existia um sistema. Os estudos na época chamavam atenção, inclusive, que o que a gente tinha era um não sistema. Se a gente parte da concepção de que um sistema é um conjunto de instituições com um objetivo em comum; nós não tínhamos isso antes do SUS.*

Frente a esse “não sistema” ou, então, “sistema perverso” – como sugeriu Jacobina –, podemos indagar: a população demonstrou alguma insatisfação? Quais foram as articulações que surgiram em prol da crítica e da mudança de toda essa situação acerca da Saúde Pública? Para responder a isso, é possível identificarmos, na Bahia, mobilizações e articulações relevantes que, a exemplo do ocorrido em outros locais do país, apontavam para uma reforma no setor saúde. Certamente, a busca pela democracia em meio ao Regime Militar (1964-1985) foi congruente à insatisfação com o não sistema de Saúde Pública e, portanto, muitos movimentos, críticas e articulações políticas de oposição à ditadura já se alinhavam ao que viria a ser chamado, posteriormente, de Movimento pela Reforma Sanitária.

E em consonância com esse pensamento de Paim, Jacobina também acrescenta que, como estudante de Medicina em 1975, participou do movimento acadêmico de

resistência ao Ato Institucional nº 5 (AI-5) e ao Decreto-Lei nº 477 da Ditadura Militar; não permitindo, pois, que o Hospital das Clínicas da UFBA – atual Complexo HUPES – se tornasse mais um hospital da previdência. Ele ainda destaca, nesse contexto, a tamanha importância da greve dos estudantes de 1975 em articular essa instituição hospitalar universitária médica em prol da democratização do setor saúde.

## O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA

*Eu queria estar a brincar,  
Mas o Estado não pretende nos olhar.  
A miséria e a fome não são brincadeiras não,  
Mas a saúde não nos leva em consideração.*

*Neste País, apenas os nobres têm atenção,  
Pois aqui, servimos apenas para limpar o chão.  
Nos hospitais filantrópicos nós podemos tentar  
Naquele espaço, nossos corpos servem para treinar.  
E foi assim, por muitos anos nesta nação,  
Só tivemos dignidade, após a Constituição.  
(Werikson Roberths)*

Desta forma eram as condições de saúde vivenciadas pela população brasileira na década de 1960. Esse período foi historicamente marcado pelas opressões e violências da Ditadura Militar e, com isso, alimentou um sentimento de indignação nas pessoas. Mas, olha só, a insatisfação popular aumentou muito diante de toda essa situação política, mas também foi alimentada pela precariedade de políticas sociais e de condições básicas de saúde. O governo investia na segurança e deixava a saúde cada vez mais de lado (BERTOLLI FILHO, 2004), deixando todos aqueles que não trabalhavam com carteira assinada com severas restrições aos serviços de saúde.

Dentro desse contexto, começam a surgir iniciativas individuais e movimentos coletivos que debatem sobre a democracia, assim como a democratização da saúde, criticando o modelo médico liberal privatista muito utilizado nos Estados Unidos e que passou a ser ensinado e praticado aqui no Brasil. Desta forma, ganham força esses movimentos que, futuramente, viriam a culminar na Reforma Sanitária que, segundo Paim, foi constituída pela tríade da luta ideológica: saúde – direito de todos e dever do estado; luta política – democracia e contra a ditadura; e ciência – saúde coletiva como o estudo dos modos de adoecimento das coletividades com ênfase nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Na década de 1970, duas defesas de teses que criticaram a proposta da Medicina preventiva vinda dos Estados Unidos, a expansão de serviços de Atenção Primária

e a Medicina comunitária, tendo em vista o contexto brasileiro, foram marcos do nascimento da Saúde Coletiva. A primeira foi defendida em 1975 pelo médico sanitário Sérgio Arouca, cujo título foi *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, e a outra, defendida em 1976 por Maria Cecília Donnangelo, foi intitulada *Saúde e Sociedade*. Mas, por que elas foram tão importantes? Elas trouxeram novos referenciais para pensar criticamente a saúde e o sistema de saúde no Brasil, articulando não só novos referenciais teóricos, mas também provocando e orientando uma ação política de mudança da realidade. Desta forma, afirma Paim:

*A crítica desses dois autores nos instrumentalizou para buscar caminhos, não vou fazer aqui um detalhamento do que era a Medicina Preventiva, mas vou dizer só uma conclusão da tese do Arouca: a Medicina Preventiva carecia de uma prática política e de uma prática teórica, e sem uma prática política não é possível mudar um sistema de saúde, e sem uma prática teórica não é possível fazer ciência nem pesquisa bem fundamentada.*

A partir da crise do setor da saúde, os debates começam a ganhar força e a difundir a ideia do direito à saúde e da democratização da saúde. Dentro das escolas de Medicina, seja nos recentes departamentos de Medicina preventiva, serviços de saúde comunitária ou outros, médicos e estudantes incomodam-se com as condições de saúde das populações, percebendo que apenas a prevenção e os poucos serviços oferecidos gratuitamente à população não resolveriam os problemas sanitários e socioeconômicos da comunidade. Mas, será que eles fizeram algo? Bom, diversos encontros médicos aconteceram pelo Brasil para discutir a saúde e mudanças na educação médica, e nesses momentos, os profissionais e estudantes trocavam ideias e percebiam descontentamentos em comum, sobretudo com o sistema. Desta forma, pensando em conjunto, criaram em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), com o intuito de discutir e difundir conhecimentos acerca da saúde e dos direitos sociais no Brasil. (MOLESINI, 2011)

Aqui na Bahia, esses debates deram origem à Saúde Coletiva, que na perspectiva de Teixeira, surge em um momento em que se percebe nos departamentos de Medicina Preventiva, que somente o modelo vigente não dava conta dos problemas de saúde da população, as condições socioeconômicas – a pobreza, a fome e as moradias precárias – eram determinantes nas condições de saúde da população entendendo todo esse conjunto como determinantes sociais da saúde. Em 1978, houve o I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde em Salvador (BA), e percebendo a necessidade de agregar as instituições formadoras em uma associação para ampliação das discussões, criou-se em 1979 a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Esses movimentos em prol da democratização da saúde tiveram participações fundamentais dos médicos e de outros profissionais da saúde aqui na Bahia. Além disso, algumas organizações médicas e sindicatos também levaram a pauta da saúde para outros espaços sociais. Mas, quais foram essas organizações? Bem, na verdade foram muitas, mas Molesini (2011) destaca sobretudo a participação do Cebes e da Abrasco que, surgiram a partir de debates a favor da democracia e do direito à saúde, a Associação Bahiana de Medicina (ABM), o Sindicato dos Médicos (Sindimed-BA) e o Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb), que tiveram destaque tanto na construção das propostas da Reforma Sanitária, como também na mudança da política de saúde, que viria a acontecer alguns anos depois.

Outras mobilizações que aconteceram nesse período serviram para fortalecer essa luta pela Reforma Sanitária aqui na Bahia. Desta forma, Solla e Paim destacam a importância do Movimento Renovação Médica (REME) nas décadas de 1970-1980 como uma articulação importante na disseminação das pautas da saúde, ampliando esse debate para outras áreas e, com isso, ganhando força com outros grupos sociais, como movimentos populares periféricos e movimentos estudantis. Ainda nessa perspectiva, a bandeira da Reforma Psiquiátrica – levantada por um grupo de psiquiatras da Associação Baiana de Psiquiatria – também revelou um descontentamento de outros grupos sociais que almejavam a garantia dos seus direitos, e com isso, a luta pela Reforma Psiquiátrica na Bahia seguiu paralela à essa mobilização pela Reforma Sanitária.

E, sabe o que é curioso? Não houve mobilização apenas da sociedade civil organizada e dos movimentos sociais, mas também de algumas administrações governamentais e políticos que defendiam a democracia nesse período de repressões. No âmbito nacional, Paim relembra que durante a epidemia de meningite que estourou em 1974, depois de esconder por muito tempo a triste situação vivenciada pelo país, o Ministério da Saúde precisou adotar medidas que fossem eficazes na amenização da situação. Com isso, foi implantado o Programa Nacional de Imunizações e em 1975 sancionada a Lei nº 6.259, que organiza as ações do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e do Sistema de Vigilância Sanitária, com o objetivo de atender também às demandas das populações periféricas urbanas e de áreas rurais.

Desta forma, os principais objetivos desse movimento fortalecido durante as décadas de 1970 e 1980 eram garantir a democratização do acesso à saúde para todos e a reorganização dos serviços de saúde, que ainda não eram considerados como um sistema. Assim, com todas essas lutas e as diversas resistências que surgiram em todo esse período, pode-se dizer que o maior resultado do Movimento da Reforma Sanitária foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que discutiremos a seguir.

## VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Podemos ver que o Movimento da Reforma Sanitária trouxe à tona diversas insatisfações com o modelo de assistência à saúde que existia no país, levantando forças e movimentos que se articularam para que suas vozes fossem ouvidas e mudanças fossem realizadas, tudo isso culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília no ano de 1986. Mas você, provavelmente, pode estar se perguntando, “o que esta conferência tem de especial?”. Bom, a VII Conferência Nacional de Saúde, ocorreu em 1980 e já mostrava sinais da necessidade de mudança e da insatisfação com o sistema excludente, vertical e precário que existia em todo o território nacional, como já falamos. Em segundo plano, a VIII Conferência Nacional de Saúde ocorreu apenas um ano após o fim do Regime Militar que havia se instaurado no Brasil em 1964, assim esse evento foi uma das primeiras oportunidades que as pessoas tiveram para poderem expressar sua real insatisfação com o sistema, além de exigir e propor mudanças e reformulações nele. Foi uma ótima oportunidade dos movimentos populares, estudantes, professores, sindicatos e autoridades se expressarem, se fazerem ouvidos, um local democrático em que houve a participação tanto da população quanto de representantes do governo. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986)

As conferências, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), são reuniões que são convocadas pelo Poder Executivo ou até mesmo pelo próprio conselho, para que seja avaliada a situação de saúde em âmbito nacional e propostas novas diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, [201-]) Essas reuniões foram instituídas em 1937, (mas a primeira ocorreu apenas em 1941) com o governo do então presidente Getúlio Vargas como uma forma de conseguir acompanhar a articulação dos estados brasileiros no que diz respeito à saúde. (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005 apud CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009) No processo da VIII Conferência Nacional de Saúde houve a realização de conferências estaduais em todos os estados, reuniões que foram chamadas de pré-conferências, para elaborar propostas e discutir questões a serem levadas e votadas, pelos delegados, na conferência nacional. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009)

Na Bahia, ocorreram também as pré-conferências nas quais – assim como nos outros estados – movimentos, sindicatos, professores, estudantes, estudiosos e autoridades baianas no setor da saúde debateram e levantaram temas sobre o sistema de saúde e a Saúde Pública brasileira. Além disso, sabe-se que o Movimento da Reforma Sanitária buscou enfatizar a questão política da mudança, defendendo o reconhecimento do direito à saúde como um direito social universal.

Em nível nacional, também os partidos de esquerda, majoritariamente, apoiavam o Movimento da Reforma Sanitária, a saúde como direito de cidadania e a mudança do sistema para um sistema público universal. Já os partidos de direita tenderam a defender a visão das instituições de saúde privadas. Na Bahia, apesar das diferenças e disputas políticas, havia uma ação suprapartidária em favor do Movimento de Reforma Sanitária. Paim destaca que, por conta da ainda grande influência da figura de Antônio Carlos Magalhães e seus aliados, era pequena a força dos partidos contrários a seu grupo, embora houvesse espaço para o posicionamento de algumas lideranças e figuras públicas importantes que faziam parte desses. De outro lado, Jacobina e Solla destacam uma certa participação dos partidos de esquerda, inclusive do recém-criado (1980) Partido dos Trabalhadores (PT), mas mesmo assim reforçam o cenário bem heterogêneo. Todo esse cenário se refletiu nos debates e propostas feitas nas pré-conferências baianas.

Então, dos dias 17 a 21 de março de 1986, ocorreu no ginásio Nilson Nelson, em Brasília, contando com participação popular, a VIII Conferência Nacional de Saúde convocada pelo ministro da saúde Carlos Santana (que foi substituído pelo ministro Roberto Santos antes da realização da conferência), contou com a presença de mais de 4 mil pessoas, das quais apenas 1.000 eram delegados votantes. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987) Tal conferência contou com a participação de vários setores da saúde, tanto autoridades, como o próprio então ministro da saúde Roberto Santos, o presidente da república José Sarney, quanto lideranças das associações de médicos, dentistas, enfermeiros e estudantes de Medicina, além de sindicatos e movimentos populares. A conferência foi presidida por Sérgio Arouca, secretário de saúde do Rio de Janeiro na época, presidente da Fundação Oswaldo Cruz em 1985 e considerado uma das principais referências dos pais do Movimento da Reforma Sanitária brasileiro. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, [200-]) A conferência tratou de vários pontos importantes para a definição do sistema de saúde que conhecemos atualmente, contando com os três principais temas: saúde como direito; reformulação do sistema nacional de saúde; e financiamento do setor. Acerca desses temas foram realizados debates, mesas-redondas, além da apresentação de trabalhos de grupos e textos para o embasamento técnico e teórico sobre os temas.

É de grande importância destacarmos nomes baianos que participaram da conferência e auxiliaram, através de votos e debates, à chegada ao consenso de importantes pontos que foram colocados no relatório final da reunião e trilharam as bases para um novo sistema de saúde no Brasil. Dentre eles, temos papéis de destaque baianos com: Ronaldo Jacobina, que foi delegado representando a Associação Médica Brasileira (AMB), Jairnilson Paim, que abriu a primeira mesa de discussões da conferência sobre “A Saúde como Direito”; Carmem Teixeira,

como uma das representantes da Abrasco; Roberto Santos, ministro da saúde que já havia sido governador do estado da Bahia; Paulo Pena, famoso médico que catalogou mais de 200 doenças relacionadas às profissões; José Alberto Hermógenes, que participou do painel sobre a “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” defendendo a descentralização e hierarquização do sistema, além de vários outros professores, estudiosos, lideranças sindicais e lideranças de movimentos populares baianos que se articulavam com o Cebes e a Abrasco. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986) Solla afirma que o Movimento da Reforma Sanitária baiano foi tão importante, em relação ao cenário nacional, no campo da Saúde Pública e do nascente sistema de saúde nacional quanto os movimentos de São Paulo e do Rio de Janeiro, e isso se refletiu na importância e influência das figuras baianas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Depois de todas as discussões e propostas apresentadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, foi elaborado um relatório final com as principais conclusões chegadas durante a reunião e que deram embasamento para a escrita da Constituição, no que diz respeito à saúde, resultando na criação do que conhecemos como SUS. Os principais pontos abordados sobre os três temas centrais da reunião foram:

1. sobre a saúde como direito: foi, primeiramente, definido o conceito de saúde como um conceito não abstrato, mas que se modifica de acordo com o contexto histórico e da sociedade, entendida como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4), ou seja, “o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdade nos níveis de vida”. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4) Foi entendido que a saúde como um direito significa dizer que o Estado deve assegurar condições dignas de vida e acesso aos serviços e ações de saúde, em todos os níveis. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986) Além disso, as limitações para que isso ocorresse na prática também foram exploradas no documento do relatório final, ressaltando os fatores históricos na sociedade e na saúde, e as responsabilidades do Estado para com a saúde do povo brasileiro. Por fim, foi ressaltada a necessidade de uma intensificação na mobilização popular para garantir que a Constituinte incluísse a saúde entre as questões prioritárias (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986);
2. sobre a reformulação do sistema nacional de saúde: fala sobre a necessidade da criação de um sistema único de saúde como resultado da

reformulação do sistema de saúde já existente. Além disso, dispõe sobre a administração deste, propondo que deve ser coordenado por apenas um ministério, dispõe sobre os princípios de organização, de condições de acesso e qualidade e de políticas de recursos humanos do sistema. Depois disso, o relatório elabora sobre as funções e responsabilidade de cada esfera de poder (federal, estadual e municipal) sobre os deveres desta para com o sistema único de saúde, e sobre como se daria a organização de maneira descentralizada e hierarquizada do sistema (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986);

3. sobre o financiamento do setor: o relatório dispõe que o financiamento deve ser feito por meio de “um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos ministérios e aos distintos fundos sociais” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 19), sendo que o “orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 19), sendo que em nível estadual e municipal também haverá um fundo análogo. Além disso, trata também sobre a retirada gradativa dos recursos da previdência e da futura distribuição. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 20)

De uma forma geral, os principais focos de debate foram: que uma reforma administrativa e financeira no sistema já existente não surtiria o efeito necessário, entãourgia uma reformulação profunda do sistema de saúde brasileiro; se esse novo sistema de saúde nacional deveria ser estatizado ou não, e caso fosse, se isso ocorreria de maneira imediata ou progressiva (ficou entendido que o setor privado deveria ter sua participação concedida e controlada por meio de contratos pelo governo); a dissociação entre saúde e previdência social também foi um tema bem debatido; e, por fim, o financiamento setorial do novo sistema de saúde. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986)

Então, depois da realização da VIII conferência e da elaboração do relatório final, foi necessária a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Essa comissão reuniu:

Representantes de sete ministérios: Saúde (MS), Previdência e Assistência Social (MPAS/Inamps), Trabalho (MTb), Desenvolvimento Urbano (MDU), Planejamento (Seplan), Ciência e Tecnologia (MCT), Educação e Cultura (MEC/SESU); além dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS); e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e de representantes das comissões de saúde do Senado e da Câmara. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009, p. 18)

Além de representantes de organizações, incluindo sindicatos, de diversos outros setores, como enfermagem, agricultura, indústria, comércio, entre tantos outros. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009) A CNRS atuou de agosto de 1986 até maio de 1987. Tudo bem, já entendemos como era composta e quando foi formada, mas para que exatamente serviu a CNRS? Depois da formulação do relatório final as propostas precisavam ser mais bem estruturadas e embasadas tecnicamente, e foi exatamente para isso que serviu a CNRS. Durante todo o tempo em que esteve ativa a comissão proveu o arcabouço técnico e teórico que possibilitou que as propostas e pontos que integraram o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde pudessem ser levadas em consideração na elaboração da Constituição de 1988. Depois de passar pela CNRS, o relatório foi enviado à Comissão de Ordem Social e desta para a Comissão de Sistematização para que pudesse então inspirar a Constituição no que tange a Saúde Pública. Além disso, o Movimento da Reforma Sanitária apresentou uma emenda popular ao congresso que reafirmava e consolidava as ideias que deram base ao SUS que surgiram desde os anos 1970, com mais de 50 mil assinaturas. Posto isso, o que temos hoje escrito na Constituição Federal é fruto de toda essa luta e processo histórico. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019)

## **A CONSTITUIÇÃO DE 1988**

Agora vamos olhar mais alguns momentos extremamente importantes que aconteceram para que pudéssemos ter hoje o que chamamos de SUS. Depois da realização da VIII conferência, da CNRS ter sido formada e do caminho que as resoluções de ambas percorreram, houve a realização da Assembleia Constituinte, iniciada no dia 1º de fevereiro de 1987, convocada pela Emenda Constitucional nº 26 de 1985, e que terminou apenas em 5 de outubro de 1988 com uma nova Constituição Federal que rege o Brasil até hoje. A assembleia foi composta por 599 constituintes e ocorreu para que pudéssemos abandonar as garras da Ditadura Militar que havia se instaurado no Brasil de 1964 a 1985.

Ademais, no que tange à saúde, e principalmente ao sistema de saúde público, os artigos de 196 a 200 da Constituição foram destinados à saúde e determinaram um novo e mais amplo conceito de saúde, abrangendo a maior parte das resoluções estipuladas pela VIII conferência, bem como um novo modelo de assistência à saúde no território nacional. A seguir resumiremos os principais pontos desses artigos para entendermos melhor a composição do atual SUS e os impactos que a VIII conferência teve neste texto.

O artigo 196 traz a célebre frase que todos nós conhecemos: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1990, p. 55), além de assegurar o acesso

universal e igualitário aos serviços e ações ofertados. Já o artigo 197 trata sobre a execução das ações e serviços de saúde, ficando a cargo do Poder Público decidir sobre como serão controladas, fiscalizadas e regulamentadas. (BRASIL, 1990a) Ademais, o artigo 198 dispõe sobre a regionalização, hierarquização e as diretrizes do sistema de saúde – sendo as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. (BRASIL, 1990a) Outrossim, o artigo 199 trata sobre a participação da iniciativa privada no SUS, dispondo que é permitida a participação da iniciativa privada de maneira complementar ao sistema, contudo era vedada às empresas e capitais estrangeiros. (BRASIL, 1990a) E por fim, o artigo 200 trata sobre as competências do SUS como: controlar e fiscalizar equipamentos, substâncias, medicamentos, executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, entre outras coisas. (BRASIL, 1990a) Vale ressaltar que, além destes cinco artigos, a base legal do SUS também está disposta nos fragmentos da constituição que tangem a seguridade e a ordem social.

Podemos agora juntar os conhecimentos que já possuímos sobre o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde que passou pela CNRS, contendo o arcabouço teórico e político do sistema, com os conhecimentos sobre a lei que institucionalizou o SUS. Percebe-se a grande influência das propostas e pontos presentes no relatório sobre os três temas centrais que foram discutidos na VIII conferência, “saúde como direito e dever do Estado”, “reformulação do sistema nacional de saúde” e “financiamento do setor”. Ademais, são perceptíveis passagens do texto constitucional que possuem clara inspiração no relatório. Podemos destacar, como um dos exemplos, a célebre frase “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, citada anteriormente (BRASIL, 1990), pois retrata um tema muito importante e muito debatido na VIII Conferência Nacional de Saúde, que tem um lugar de extremo destaque no relatório.

## **LEI ORGÂNICA DA SAÚDE DE 1990**

Após a promulgação da Constituição Federal ainda houve a necessidade de prover uma maior base legal e maior regulamentação para o nascente SUS, surgiram então as leis orgânicas da saúde, Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142. Agora vamos entender um pouquinho mais sobre o que essas leis agregam à já existente base teórica e legal do SUS presente na Constituição. A Lei nº 8.080 foi sancionada no dia 19 de setembro de 1990 pelo então presidente da República Fernando Collor, proposta pelo próprio Poder Executivo em 1989. Mais conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. (BRASIL, 1990b) Mais especificamente, trata sobre os objetivos e atribuições do SUS; sobre

seus princípios e diretrizes (universalidade, integralidade, descentralização, entre outros); sobre sua organização, direção e gestão; sobre as competências; sobre os subsistemas derivados do SUS; sobre a incorporação da tecnologia em saúde; entre outros pontos. (BRASIL, 1990b)

Uau, deu pra ver que essa lei é bem importante, né? Mas ela não está sozinha não, ainda temos que entender o que a Lei nº 8.142 traz sobre o nosso SUS. Esta é necessária porque o presidente havia retirado da lei orgânica o financiamento e a participação paritária da sociedade junto com a representação do governo em “conselhos” para acompanhar a execução das políticas de saúde nos três níveis: federal, estaduais e municipais. Com a forte participação da sociedade civil organizada e o desgaste que vinha sofrendo resultando no seu impedimento, o presidente foi obrigado a enviar também o Projeto de Lei nº 5.995/1990, transformado na Lei nº 8.142. Esta foi sancionada no dia 18 de dezembro de 1990 e também foi proposta pelo Poder Executivo. “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”. (BRASIL, 1990c) Detalhando um pouco mais, trata sobre os conselhos e conferências de saúde e, também, sobre os recursos do sistema, de uma maneira complementar à Lei nº 8.080 e menos detalhada. (BRASIL, 1990c)

Ambas as leis foram responsáveis por ajudar a formatar e regulamentar o sistema que foi instaurado com a Constituição. Não podemos nos esquecer de perceber as semelhanças com os pontos abordados pelo relatório final da VIII conferência. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986) Então depois de tudo isso, conseguimos perceber a importância de todas os movimentos e lutas que ocorreram e acabaram culminando na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e desta se desdobrando na escrita da parte que diz respeito à saúde na Constituição Federal em 1988 e nas leis orgânicas da saúde (Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142) em 1990, criando, a partir de uma reformulação do sistema já existente, um novo sistema de saúde para o Brasil, o nosso queridinho e famoso SUS. Contudo, agora nós precisamos analisar e entender o árduo caminho que foi percorrido para que esse sistema ganhasse vida e fosse implantado na prática para conseguirmos ter o SUS que conhecemos hoje.

## **A IMPLANTAÇÃO DO SUS E SUAS FIGURAS IMPORTANTES NA BAHIA**

Antes de falarmos sobre a implantação do SUS, precisamos falar de um movimento muito importante que a precede, uma movimentação da categoria médica ainda durante o Regime Militar: o REME. O núcleo do Cebes na Bahia: Jairnilson Paim, Sebastião Loureiro, Maurício Barreto e Carmen Teixeira, fizeram campanha para tomar a gestão da ABM da mão dos que chamam de “pelegos” e conseguiu-

ram através da figura do dr. Gerson Mascarenhas. O obstetra, dr. Gerson, foi eleito presidente da ABM no biênio de 1981-1982 e em sua gestão, contava com a presença de Luiz Umberto Pinheiro como secretário geral, que depois se candidatou para deputado estadual e veio a ser secretário de saúde no governo Waldir Pires; Jairnilson Paim como secretário de assuntos científicos; Paulo Moraes como tesoureiro e Antônio do Vale como primeiro secretário, que seria depois o primeiro presidente da REME no Sindimed.

Segundo Jacobina (2018), esta conquista encabeçada pelo dr. Gerson foi o ponto de partida para renovar as entidades médicas da Bahia: o Sindimed e o Cremeb. Além disso, Teixeira nos conta que este é um exemplo de que houve um movimento pela Reforma Sanitária na Bahia; um movimento que articulou a luta popular da periferia, articulou o movimento estudantil, porque muitas dessas pessoas que participaram dessas lutas pelo sindicato e pela ABM eram estudantes anteriormente. Sinval Galvão, Lígia Vieira, Maurício Barreto, Ronaldo Ribeiro Jacobina – que posteriormente veio a ser presidente da ABM. Esses atores participaram do movimento pela democracia e pela saúde no Brasil e, particularmente, na Bahia. Então houve atuação do movimento popular, ligado à Igreja Católica, especialmente no grupo que defendia a teologia da libertação, tendo Jairnilson dado aula na Ilha de Maré quando era estudante. Carmen Teixeira dava palestra no Subúrbio Ferroviário e na Boca do Rio. A profa. Glória Teixeira fazia um trabalho comunitário no 12º centro da Boca do Rio. Junto com Carmen iam de casa em casa para verificar a vacinação das crianças, mas também para chamar a atenção para a necessidade de que houvesse uma organização, de criar uma associação de moradores para lutar por melhorias na comunidade, lutar por saneamento básico e para ter um posto de saúde e com isto a população foi se organizando.

Foram sugeridas várias alternativas para a experimentação prática da Reforma Sanitária no Brasil. Na Bahia se propôs um modelo sob inspiração de modelos de atenção à saúde internacionais, como os modelos italiano e canadense. Essa proposta refletia as especificidades da demanda local e se diferenciou dos modelos que serviram de base para a sua elaboração, através da agregação do que é chamado Vigilância da Saúde. Dentre estas propostas, houve uma que teve a sua experimentação iniciada na cidade de Salvador, capital do estado da Bahia e que *a posteriori* se difundiu nacionalmente: a proposta dos Distritos Sanitários, tendo como inspiração o modelo de atenção à saúde inglês, mais especificamente através da proposta de regionalização do Relatório Dawson de 1920. Segundo Mendes (1993), a própria profa. dra. Carmen Teixeira foi uma das grandes protagonistas do processo de implantação deste modelo de atenção aqui na Bahia no período do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) na década de 1980 e também na implantação do SUS.

Para chegarmos à explanação da experiência dos Distritos Sanitários aqui na Bahia e no Brasil, precisamos antes de mais nada, falar sobre um outro pioneirismo de nosso estado: a Bahia foi o primeiro estado a implantar uma Conferência Estadual de Saúde e um dos primeiros estados a implantar o SUDS e o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CESAT). O CESAT foi fundado pelo prof. dr. Paulo Gilvane Lopes Pena que coordenou o Programa de Saúde do Trabalhador da Sesab de 1986 a 1988, período em que fundou e foi o primeiro coordenador do órgão, na gestão do então secretário de saúde prof. dr. Luiz Umberto Pinheiro durante o governo de Waldir Pires. A Bahia não só foi pioneira em muitos aspectos, como teve um papel de liderança na implementação da proposta da Reforma Sanitária Brasileira a partir do ano de 1986, através do SUDS, o que permitiu a aproximação e, posteriormente, a fusão entre a Sesab e o Inamps. Aqui cabe destaque a duas figuras do governo de Waldir Pires. O secretário de saúde prof. Luiz Umberto, indicado pelas lideranças dos movimentos em saúde e que nas eleições de 1986 na Bahia, em sua candidatura para deputado estadual, *“trouxe uma proposta chamada ‘Mudar a Bahia, Mudando a Saúde’, cujo propósito fundamental do governo de Waldir Pires, se fosse eleito, seria desencadear o processo de implantação da Reforma Sanitária na Bahia”*, conforme aponta Paim. E o dr. Paulo Moraes no Inamps, que antes fora presidente da ABM no movimento da *“renovação médica”*. Esse processo que traz a Bahia como líder na implementação da Reforma Sanitária, culmina com o fato de o próprio Luiz Umberto ter sido eleito presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Segundo Paim, mesmo quando não existia a Lei nº 8.142/1990, a Bahia já era um dos primeiros estados a buscar mudanças do modelo de atenção, através da criação e implantação dos Distritos Sanitários. Mas o Distrito Sanitário, funcionava não apenas como um recorte topográfico funcional da cidade de Salvador e sim uma maneira de começar a realizar a Reforma Sanitária de baixo para cima e não por um decreto. Mas o que trazia esse modelo de reforma que seria implantado aqui na Bahia?

*[...] A possibilidade de a gente aprofundar as Ações Integradas de Saúde, que juntavam os governos federal, estadual e municipais e logo em abril de 1987 nós assinamos. Eu estou dizendo agora nós, porque eu também estava lá, estava escrevendo esses documentos. Nós assinamos um protocolo de intenções para avançar nas Ações Integradas de Saúde e implantar o SUDS, que não era ainda o SUS! O SUDS era o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, era o que eu chamo em meus textos de: ‘uma estratégia ponte para chegar ao SUS’, mas não era o SUS ainda! Então este SUDS permitiu que nós fizéssemos uma aproximação do Inamps com a Secretaria da Saúde, viabilizando posteriormente a fusão do Inamps com a Secretaria de Saúde. Então aquilo que era Saúde Pública de um lado e Assistência Médica Previdenciária de outro... foi se encontrando aqui na Bahia..., mas também em Alagoas, em São Paulo, em alguns outros estados [...].*

Muitas iniciativas interessantes, de acordo com Solla, deram-se nesse período e foram propiciadas pela articulação de um polo de formação e formulação da saúde coletiva. Inevitavelmente, isso foi muito importante e forte a partir da oportunidade nas gestões municipal e estadual em que ele teve permeabilidade para isso. Seriam os governos de Waldir Pires, governador eleito do estado da Bahia na época, e o de Lídice da Mata, então prefeita da cidade do Salvador, que incorporaram docentes da UFBA e de outras instituições. Então esse movimento de “distritalização”, da vigilância em saúde, de articulação tendo a Atenção Primária como porta de entrada, teve um peso interessante, inclusive de constituição, pela oportunidade de ser implantado naquele período. A implantação dos Distritos Sanitários foi uma experiência muito revolucionária para a época, que incorporou a utilização de *softwares* de geoprocessamento. Essa experiência teve a cooperação com o sistema de saúde italiano e com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Foi uma experiência muito marcante, não só com a formação dos distritos e a ampliação da rede primária, mas também porque trouxe uma mudança na lógica da organização entre a Atenção Primária e outros níveis de atenção. Solla também destaca que foi um período muito interessante para a vigilância em saúde, tendo o fortalecimento das medidas de imunização, vigilância em doenças infectocontagiosas e primeiras ações de vigilância em doenças crônicas. Também foi o momento em que se implantou as primeiras unidades informatizadas e se ampliou o acesso, tendo a Atenção Básica como porta de entrada. Ele completa com a fala de que as políticas nacionais de saúde foram implementadas a partir das experiências municipais.

Carmen Teixeira destaca a participação de Joana Molesini, gerente do Distrito Sanitário de Itapagipe, e de Rosa Virgínia Fernandes, que foi a gerente do Distrito Sanitário de Pau da Lima em 1988 – distrito este que se destacou pela sua articulação com a rede básica e o Hospital São Rafael, um hospital filantrópico contratado pelo SUDS. Sendo então o SUDS uma “ponte para o SUS”, podemos dizer que aqui na Bahia esta ponte foi “quebrada”, apesar da Constituição Cidadã de 1988 e da criação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. Esse processo de articulação política e social narrado aqui, com o fim de se promover a experimentação da Reforma Sanitária na prática, sofreu uma espécie de desmonte e também descrédito durante o processo de implantação do SUS. O secretário da saúde Luiz Umberto Pinheiro, juntamente com Jairnilson Paim, Maurício Barreto e outros colegas, saíram da direção da Secretaria de Saúde quando o vice-governador assumiu o lugar de Waldir Pires, que se candidatou à vice-presidência na chapa com Ulisses Guimarães pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). O vice-governador Nilo Coelho, depois que assumiu, reprimiu as greves dos médicos, mesmo em um governo intitulado “governo da mudança”. Naquela época, Nilo

deu uma entrevista emblemática, que foi descrita em um artigo escrito pelo prof. dr. Antonio Celso Nunes Nassif, que foi presidente da AMB

[...] em 1989, quando o então governador do Estado da Bahia, Nilo Coelho, frente uma greve dos médicos baianos pleiteando reajustes dignos para seus serviços, dispostos a uma demissão coletiva, ao ser interpelado por uma jornalista, se estava preocupado com o fato, respondeu sorrindo. 'Não estou não. Para mim, médico é como sal: branco, barato e eu encontro em qualquer lugar.' [...]. (NASSIF, 2013)

Em 1990 Antônio Carlos Magalhães ganhou a eleição, estabelecendo um período que se perpetuou por muitos anos chamado de “carlismo”. Então em 1990, quem implantou o SUS na Bahia foram as forças que eram contra o SUS. Todos aqueles que se opunham à Reforma Sanitária durante o governo de Waldir Pires, foram os responsáveis por implantar o SUS na década de 1990 e governaram até os anos 2000. Somente em 2007 com a eleição de Jaques Wagner é que se foi possível retornar algumas dessas coisas. Então o que se estabelece é uma situação que Paim chamou de “Operação Descrédito”, ou seja, todos aqueles que não acreditavam no SUS, os que foram contra na VIII Conferência Nacional de Saúde e à Reforma Sanitária Brasileira, foram os responsáveis pela implantação do SUS na Bahia.

O processo de implementação do SUS aqui na Bahia ficou muito atrasado, uma vez que a principal estratégia utilizada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso foi a municipalização da saúde, através das Normas Operacionais Básicas (NOBs) 93 e 96. E aqui na Bahia os governos vigentes durante esse período eram os de Antônio Carlos Magalhães, Paulo Souto e César Borges, que em nível estadual, dificultaram o processo de municipalização, especialmente em Salvador. O processo que só se implantou quando Antônio Imbassahy foi prefeito de Salvador. Subentende-se que nos demais governos houve uma espécie de boicote, principalmente da gestão de Lídice da Mata. Paim aponta que essa “Operação Descrédito” foi mais uma tragédia do SUS na Bahia. E como consequência deste descrédito, da intensa privatização de um sistema que deveria ser único como o próprio nome diz, reproduzem-se, naturalizam-se, perpetuam-se, cristalizam-se discursos de que o SUS não presta, de que não é efetivo, de que não tem ampla cobertura, de que não é para todos, de que é um SUS feito para os pobres, os que eram antigamente excluídos e chamados indigentes. Há sucateamento e subfinanciamento enquanto a capitalização invisível se instala por este pensamento subconscientemente implantado nas mentes dos brasileiros que utilizam o SUS todos os dias, até mesmo aqueles que pagam por assistência médica particular. Mesmo o SUS tendo uma instância de participação popular de caráter deliberativo, muitas pessoas não sabem, não são informadas e por isto não o defendem, não

o querem, não lutam por melhorias, não entendem que o coletivo se faz a partir dos indivíduos. Juntos somos coletivos, sós, somos apenas indivíduos convivendo com uma tragédia anunciada que nos bate à porta.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Sobre a ABRASCO*. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>. Acesso em: 7 ago. 2021.

BERTOLLI FILHO, Claudio. *História da saúde pública no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004. (História em movimento).

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990b.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

CARDOSO, Marcela Silvério Fernandes; SOUSA, Clara Lusia. INPS: o início de sua implementação na sociedade brasileira. In: CONGRESSO INTERDISCIPLINAR, 5., 2018, Goianésia. *Anais [...]*. Goianésia: Faculdade Evangélica de Goianésia, 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. *Anais [...]*. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. *Relatório final [...]*. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1986.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *8ª Conferência Nacional de Saúde*: quando o SUS ganhou forma. Brasília, DF, 22 maio 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 29 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Histórias das conferências de saúde*. Brasília, DF, [201-]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>. Acesso em: 31 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas*. Brasília, DF: CONASS, 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Sérgio Arouca*. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sergio-arouca>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GALASTRI, Leandro de Oliveira. *Gramsci leitor de Georges Sorel: um diálogo sobre história e revolução. Temáticas*, Campinas, v. 15, n. 29, p. 121-149, jan./jun. 2007.

JACOBINA, Ronaldo R. *Gerson de Barros Mascarenhas*. Salvador, 10 abr. 2018. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/6802>. Acesso em: 18 set. 2021.

MATHIAS, Maíra. Antes do SUS: como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. *Portal Cee*, Rio de Janeiro, 3 ago. 2018. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>. Acesso em: 4 jul. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC: ABRASCO, 1993.

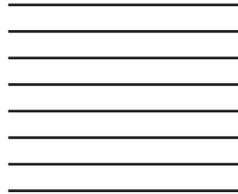
MOLESINI, Joana Angélica Oliveira. *A Reforma Sanitária na Bahia: um lugar na história (1987 a 1989)*. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

NASSIF, Antonio Celso Nunes. A socialização da medicina no Brasil. *Portal do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná*, Curitiba, [200-]. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/A-socializacao-da-medicina-no-Brasil-13-14183.shtml>. Acesso em: 19 set. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, London, v. 377, p. 1778-1797, 21 maio 2011.

PONTE, Carlos Fidelis; NASCIMENTO, Dr. do. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 181-220.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.



## 15

# HISTÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA BAHIA

*Vinicius Pereira de Carvalho*

*Leila Cristina da Silva Costa*

*Andherson Sthépheson Barberino Damasceno*

*Jamile Valença Resende Mercês*

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) compreende um conjunto de práticas de saúde, individuais e coletivas, direcionadas para a promoção, proteção, expansão e recuperação da saúde. Geralmente a APS corresponde aos serviços de primeiro contato com o sistema de saúde, sendo o local onde é possível acolher a maioria das demandas relacionadas com o cuidado da vida e saúde da população. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) Desse modo, não se restringe a ações coletivas de combate de doenças e controle de mortes, tal qual conformado de maneira ex-

clusiva no interior da (Bio)Medicina Social, que se afastou epistemologicamente da concepção de cura enquanto restabelecimento da saúde. (LUZ, 2012)

Contudo, existem diferentes perspectivas para definir a APS. Numa primeira acepção pode significar um conjunto de práticas de saúde ou programa com atenção focal, seletiva e restrita (concepção de APS seletiva), a exemplos de programas criados isoladamente para prevenção de doenças específicas. Outra concepção aponta a APS como sendo um dos níveis de atenção do sistema de saúde, conformando-se na forma de serviços ambulatoriais não especializados e em ações de Saúde Pública, ou seja, é por meio da qual ocorre o primeiro contato da população com o sistema de saúde. Em uma terceira ideia, é um modelo assistencial e de organização do sistema de saúde. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

Na história, em diversos momentos, conformaram-se serviços assistenciais de nível ambulatorial, ao mesmo tempo em que se desenvolviam ações em Saúde Pública à parte, ou seja, não havia integração entre as atividades de prevenção e de assistência. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) Em 1920, por meio do Relatório Dawson,<sup>1</sup> apresentou-se, na Grã-Bretanha, um modelo de regionalização do sistema de saúde e ordenamento de um primeiro nível de atenção, materializado nos centros de saúde. (AQUINO et al., 2014; GAUDENZI, 1979) Nesse sentido, os centros de saúde, ambientes dotados de serviços preventivos e curativos prestados por orientação de médicos generalistas (*general practitioners*, em inglês) (AQUINO et al., 2014), estariam subordinados a um hospital de distrito, que estaria, por sua vez, em diálogo com um hospital especializado. (GAUDENZI, 1979) Entretanto, esse modelo acabou por não ser implementado no sistema de saúde britânico, devido a contraposições por parte da corporação médica local.<sup>2</sup> Mais tarde, propostas similares foram produzidas ao redor do mundo, a exemplo dos Centros de Saúde dos países da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

Em 1978, como fruto das discussões que estavam ocorrendo em torno da constituição da APS, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários

---

1 Esse relatório representou a primeira proposta governamental desse tipo, sendo considerado como um marco para o campo de estudos da APS. (GAUDENZI, 1979; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

2 Ainda que tenha sido criado no interior da racionalidade biomédica, a proposta apresentava muitas ideias que iam de encontro à maneira de organização dos serviços de saúde de acordo com o entendimento da corporação médica. Portanto, este é um momento em que é possível observar o poder regulador da (Bio)Medicina, definida como “medida-padrão” do campo da saúde. Para aprofundamento dessa discussão, recomendamos a leitura de *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna* (1988), de Madel Terezinha Luz.

de Saúde, em Alma-Ata (República do Cazaquistão).<sup>3</sup> A concepção de APS produzida a partir desse evento mostrou-se abrangente, na medida em que a compreendia como o primeiro nível de contato entre a sociedade e o sistema de saúde. Neste primeiro nível, deveria ser adotada uma abordagem intersetorial, interdisciplinar, socialmente referenciada e voltada para os principais problemas da comunidade, garantindo o acesso de todas as pessoas à assistência. Além disso, o texto da Declaração de Alma-Ata fez referência a um entendimento ampliado e positivo de saúde, considerando o desenvolvimento econômico e social como requisito para alcançá-la. Apesar do sucesso em propor um novo modelo para o sistema de saúde, essa declaração foi criticada por ter sido considerada, entre outras coisas, muito abrangente. Desse modo, no período posterior à Conferência de Alma-Ata, a concepção de APS seletiva prevaleceu em muitas partes do mundo, mas o debate em torno da APS abrangente continuou entre os movimentos sociais. No Brasil, por exemplo, essa concepção esteve em íntima relação com as políticas propostas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e, mais tarde, com o Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>4</sup> (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

Neste trabalho adotamos a concepção abrangente, como apresentada em Alma-Ata, para fazer referência à APS. Trata-se de uma pesquisa histórica, que buscou descrever a construção da APS na Bahia. Para isso, foi feita uma busca bibliográfica livre e realizadas entrevistas semiestruturadas<sup>5</sup> (informação verbal) com atores que viveram ou ainda vivem o processo histórico de organização da APS nesse estado. Essa escolha metodológica nos possibilita apreender o percurso histórico da APS na Bahia sob perspectivas ampliadas, uma vez que cada fonte nos permite captar fragmentos da história a partir de pontos de vista particulares, marcados por olhares e experiências obtidas ao longo do tempo.

Dessa maneira, com o intuito de marcar o lugar de fala dos atores, apresentamos a seguir as pessoas entrevistadas: 1. médica sanitária e professora do Instituto de Saúde Coletiva (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), trabalhou na Secretaria da Saúde do estado da Bahia (SESAB) e no Ministério da Saúde (MS); 2. agente comunitária de saúde de uma cidade do interior da Bahia, graduada em assistência social e professora no Programa de Educação de Jovens e Adultos; 3. médico sanitário e professor da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da

---

3 Estiveram presentes representantes de 134 governos, o Brasil não participou. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

4 Adotou-se no Brasil a expressão “Atenção Básica” para reportar a concepção abrangente de APS nos documentos relacionados aos SUS.

5 As entrevistas semiestruturadas são conduzidas a partir de um roteiro, mas se desenvolvem de maneira flexível, permitindo o surgimento de novos temas durante a conversa. (MINAYO, 2014)

UFBA, trabalhou na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação Sesp) e em serviços de saúde de diferentes estados brasileiros; 4. administradora, trabalhou em serviços de saúde da Bahia e na Sesab; 5. enfermeira, atuou nos serviços de saúde no período inicial da implantação do SUS e atualmente trabalha com a Saúde Coletiva. Torna-se importante ressaltar que não pretendemos, com esta investigação, determinar uma (única) história para APS na Bahia. Acreditamos, ao contrário, que esse seja mais um ponto de partida para as discussões acerca da constituição e desenvolvimento histórico desse nível de atenção, de modo a contribuir para o alargamento das compreensões sobre o tema.

## PONTES PARA A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA BAHIA: PRECEDENTES HISTÓRICOS

A concepção de APS, da maneira que conhecemos atualmente, foi erigida em 1978 como um dos resultados da Conferência de Alma-Ata, conforme visto anteriormente. Todavia, antes dessa conferência, algumas atividades e propostas voltadas para o oferecimento de certos serviços básicos de saúde já estavam sendo desenvolvidas na Bahia. Nesta seção descreveremos algumas dessas iniciativas, com o intuito de apresentar um panorama da organização dos cuidados primários à saúde no estado, no período que precede o estabelecimento do SUS.

No Brasil, podemos estabelecer alguns marcos em relação à composição de serviços primários. O ano de 1920, por exemplo, data a realização da Reforma Carlos Chagas, a partir da qual criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, no qual era estimulada a formação de postos de profilaxia e saneamento rural. (AQUINO et al., 2014) Esses postos estavam relacionados à prestação de assistência contínua para territórios selecionados, no controle da propagação de doenças endêmicas e epidêmicas importantes (AQUINO et al., 2014) e no cuidado de problemas de saneamento básico. (COSTA et al., 1984) Mais à frente, entre 1922 e 1923, foi criado, em São Paulo, o primeiro centro de saúde brasileiro (também considerado como o primeiro da América do Sul), onde foram viabilizadas atividades permanentes de educação sanitária para a população. (AQUINO et al., 2014; DOLCI, 2017) Em 1923, foram estruturadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões, com as quais garantiu-se certo acesso à assistência médica ambulatorial aos trabalhadores assalariados de determinados segmentos profissionais. (PAIM, 2009) É importante ressaltar que, nessa época, havia uma separação entre as ações de assistência médica e de Saúde Pública, de modo que essas atividades eram realizadas em entidades/instituições distintas e de maneira pontual ou continuada (PAIM, 2009), não sendo possível, portanto, apontar para a constitui-

ção de serviços integrais. Desse modo, a partir de 1930, a Medicina previdenciária seguiu em atividade com a substituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões por Institutos de Aposentadoria e Pensões, abrangendo maior número de ações e categorias profissionais. (PAIM, 2009) Além disso, nesse mesmo ano, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública desencadeou o espalhamento de propostas de instalação de centros de saúde no Brasil. (COSTA et al., 1984)

Durante a década de 1940, enfatizou-se a centralização das campanhas de Saúde Pública com a formação dos Serviços Nacionais de Saúde, pautados no combate de doenças específicas, a exemplo da tuberculose. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), por meio de uma parceria estabelecida entre os governos brasileiro e norte-americano. (PAIM, 2009) O Sesp determinou um modelo para as unidades simplificadas de saúde, com conexão entre atividades preventivas e de assistência, inspirado na Medicina Preventiva norte-americana. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) Esse serviço foi implantado nos estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil, inclusive na Bahia, onde se pretendia garantir as condições de saúde necessárias para a exploração de matérias-primas como borracha e manganês. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; PAIM, 2009) Nesse sentido, de acordo com o nosso entrevistado 3, o Sesp possuiu papel importante “*no suporte às atividades dos [países] Aliados durante a Segunda Guerra [Mundial]*”. Ao fim do referido conflito, as atividades do Sesp foram expandidas para áreas mais afastadas e com poucos recursos financeiros, de modo que, mais tarde, após a separação entre educação e saúde em dois ministérios distintos, em 1953, o serviço transformou-se na Fundação Sesp. (PAIM, 2009)

Segundo o entrevistado 3, a Fundação Sesp adotou um modelo para atenção à saúde constituído por unidades mistas de saúde e postos de saúde (sendo estes considerados como estabelecimentos de saúde de menor porte), com certa hierarquia entre eles. As chamadas unidades mistas operavam com assistência ambulatorial e internação, ao passo que os postos desenvolviam ações de saneamento básico e atendimento médico eventual. Além dos médicos, a fundação contratava visitantes sanitários para trabalhar nas unidades. Esses trabalhadores possuíam funções que, em parte, correspondem às que são praticadas na atualidade por agentes comunitários de saúde, como a visita domiciliar para o acompanhamento de casos. Os chamados atendentes também constituíam o quadro de funcionários das unidades, sendo responsáveis por vacinar a população atendida, dispensar e aplicar medicamentos, prestar suporte nas consultas médicas, fazer curativos, entre outras tarefas. O entrevistado 3 declarou, ainda, que as unidades contavam com um agente de saneamento, encarregado das atividades de saneamento básico (principalmente no que se refere ao provimento de saneamento domiciliar). Ademais, algumas possuíam dentista e auxiliar de higi-

ne bucal, que, além do serviço assistencial, efetuavam atividades de educação em saúde e profilaxia da cárie dental.

Em 1966, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (com exceção do Instituto de Servidores Estatais) foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; PAIM, 2009), reafirmando a hegemonia de um modelo de atenção à saúde ligado à previdência social, no qual somente os segurados recebem benefícios. Em contraposição, na década de 1970, estavam sendo gestadas as bases para a constituição do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que culminaram na proposição de um sistema universal de saúde. (AQUINO et al., 2014)

Em relação especificamente à Bahia, um estudo apontou que, em 1974, os serviços simplificados de assistência à saúde da cidade de Salvador dividiam-se por “áreas de atuação”. (CODES; SILVA; SANTOS, 1974) Cada área possuía um centro de saúde e número variável de postos de saúde. Nos centros realizava-se assistência clínica especializada, enquanto nos postos o atendimento era “[...] geral e indiferenciado, isto é, o mesmo médico provê assistência [sic] aos moradores da área que procuram a unidade, indistintamente, no mesmo horário de clínica”. (CODES; SILVA; SANTOS, 1974, p. 41) É relevante sublinhar que esses centros e postos possuíam, em alguns casos, visitantes sanitários, como era o caso das unidades da Fundação Sesp, que desempenhavam o contato com a comunidade, ainda que houvesse ausência de delimitação territorial da atuação de cada posto de saúde. (CODES; SILVA; SANTOS, 1974)

Outrossim, nesse período, na Bahia, as condições socioeconômicas mostraram-se favoráveis ao desenvolvimento da Medicina comunitária, por conta da presença de grandes grupos populacionais vivendo em condições de vida precárias (LIMA, 2014), com destaque para o desenvolvimento dos programas e projetos integrados e de extensão da cobertura. (LIMA, 2014) Em 1976, por exemplo, o Programa de Desenvolvimento de Áreas Integradas do Nordeste financiou o Projeto de Desenvolvimento Rural Integrado da Bacia do Paraguaçu e o Projeto de Desenvolvimento Rural Integrado do Irecê, que no âmbito da saúde enfatizaram a ampliação da assistência sanitária simplificada. (FORMIGLI, 1980-1981; LIMA, 2014) Nesse mesmo ano, também estava em andamento um projeto de nutrição e saúde, realizado pela Fundação de Desenvolvimento Integrado do São Francisco.<sup>6</sup> (PAIM, 1976)

Em 1976, foi criado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), considerado como o programa de extensão da cobertura de serviços básicos de saúde mais importante dessa época. (FORMIGLI, 1980-1981)

---

6 Essa fundação também desenvolvia, à essa época, projetos de educação e de assistência às propriedades agrícolas familiares. (PAIM, 1976)

O Piass foi previsto inicialmente para ser implantado nos municípios da Região Nordeste (AQUINO et al., 2014; FORMIGLI, 1980-1981), porém as conquistas obtidas por meio dele fizeram com que fosse expandido para todo o país, em 1979. (AQUINO et al., 2014; LIMA, 2014) Esse programa consistia na introdução de uma estrutura básica de Saúde Pública, baseada em unidades de saúde e sistemas simplificados de abastecimento hídrico e saneamento, nas localidades com até 20 mil habitantes. (AQUINO et al., 2014) Inspiradas na proposta de uma Medicina comunitária, as unidades eram também divididas em postos de saúde, unidades mais simples, e centros de saúde, onde existia atendimento médico permanente. (LIMA, 2014) Na Bahia, o Piass iniciou suas atividades em 1977 e expandiu-se de maneira acelerada, conferindo ao estado o melhor desempenho no que se refere à implantação, quando comparado aos outros estados do Nordeste. (FORMIGLI, 1980-1981)

Primeiramente, o Piass foi implantado dentro da Coordenação de Saúde da Fundação de Saúde do Estado da Bahia, apresentando estrutura organizacional similar a dos outros programas que existiam à época, a exemplo da presença de uma equipe exclusiva para ele. Contudo, percebeu-se que a centralização administrativa do programa não permitia participação efetiva das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), órgãos que auxiliavam na gestão governamental das regiões baianas, representando um empecilho para a regionalização das ações e serviços básicos de saúde. Dessa forma, em 1978, foi feita uma reforma na Coordenação de Saúde da Fundação de Saúde que culminou na elaboração de seis grupos de coordenação e apoio, de modo que cada grupo era responsável pelo gerenciamento de todos os programas de duas ou três DIRES.

Essa decisão foi importante para o sucesso da implantação do PIASS na Bahia, visto que permitiu a introdução do programa conjuntamente em quase todo o estado, embora ainda houvesse obstáculos para a regionalização do sistema. Em 1979, realizou-se outra mudança no interior da fundação: a coordenação de saúde passou a ser compreendida como Superintendência de Saúde e o PIASS foi transferido para a Coordenação de Programas Especiais.<sup>7</sup> Com esta alteração, o PIASS passou a apresentar coordenação centralizada em um gerente, revelando, no período inicial dessa mudança, a exigência de maior flexibilização e agilização operativa em sua execução. (FORMIGLI, 1980-1981) Em 1977, a Medicina previdenciária deu mais um passo com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).<sup>8</sup> Junto ao INAMPS, o Fundo de Assistência

---

7 Essa coordenação foi criada, nesta mudança, em conjunto com as Coordenações de Ações Básicas, Hospitalar e de Laboratórios de Saúde Pública. Entretanto, mantiveram-se os Grupos de Coordenação e Apoio, que passaram a ser somente cinco. (FORMIGLI, 1980-1981)

8 Diferentemente do INPS, o INAMPS incorporou o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos servidores estatais em sua constituição. (PAIM, 2009)

ao Trabalhador Rural e a Legião Brasileira de Assistência substituíram o INPS. (PAIM, 2009) A Legião Brasileira de Assistência era uma organização de cunho filantrópico que realizava algumas atividades básicas de saúde com populações pobres. Em Salvador, essa legião esteve presente em alguns bairros desenvolvendo o Programa de Ação e Saúde Comunitária, no qual o público jovem participava de atividades que tinham como finalidade a apreensão de comportamentos sanitários, como a autogerência em relação à saúde. Acreditava-se que ao realizar essas atividades com este grupo da população seria possível atingir toda a comunidade, devido às relações interpessoais estabelecidas por ele com a família e outras redes sociais. Outro programa da Legião Brasileira de Assistência, o Programa de Complementação Alimentar, foi desenvolvido no município de Serrinha, com o propósito de “controlar possíveis rejeições e complicações que poderiam ocorrer devido à mudança no padrão alimentar” da população. (LIMA, 2014, p. 19) Também, na década de 1970, começaram a ser desenvolvidas algumas experiências sanitárias em articulação entre centros de saúde e universidades, com destaque para os departamentos de Medicina preventiva, alicerçadas na Medicina comunitária. (AQUINO et al., 2014; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) Essas experiências possibilitaram o empreendimento de atividades de atenção simplificada em comunidades das áreas urbanas e rurais, abarcando ideias ligadas à atenção integral e participação comunitária. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) No caso da Bahia, isso pode ser exemplificado por meio de programas de Medicina comunitária criados no Departamento de Medicina Preventiva da FMB<sup>9</sup> e na Escola de Enfermagem (UFBA), como o Programa de Desenvolvimento Integrado da Cidade de Cachoeira e o Programa Integrado de Saúde Rural de Cruz das Almas. (COSTA; MAGALHÃES; SOUZA, 1978; LIMA, 2014) O Programa de Desenvolvimento Integrado da Cidade de Cachoeira, no que diz respeito ao projeto de saúde, inicialmente foi conformado num conjunto de ações de Medicina e ensino e assistência de Enfermagem, mas se implementou somente no campo da Enfermagem. (LIMA, 2014) O Programa Integrado de Saúde Rural de Cruz das Almas, por sua vez, foi promovido a partir da concepção de assistência sanitária simplificada, com destaque para as atividades de prevenção primária. (COSTA; MAGALHÃES; SOUZA, 1978) Neste segundo programa é interessante observar a composição do chamado “miniposto”, caracterizado pelo trabalho de atendentes, sendo considerado como a “unidade mais simples do sistema de saúde” (COSTA; MAGALHÃES; SOUZA, 1978, p. 118) e localizada nos sítios mais afastados e de

---

9 Segundo os entrevistados 1 e 5, parte deste departamento corresponde atualmente ao ICS da UFBA.

acesso dificultado.<sup>10</sup> Consoante a Paim (1976), a Associação Nordestina de Crédito e Assistência Rural esteve envolvida no estímulo à criação desses “minipostos”, administrados pela própria comunidade através das Sociedades de Saúde.<sup>11</sup> Como resultado da instalação de programas de assistência sanitária simplificada na Bahia, verificou-se impulso para a regionalização na saúde. Em 1980, existiam 17 DIRES no estado, sendo cada uma encarregada por coordenar as atividades das unidades presentes em suas respectivas áreas de abrangência. Nesse mesmo ano, no mês de março, estavam em funcionamento 123 centros de saúde e 356 postos de saúde e era esperado alcançar, com a implantação de novas unidades, uma cobertura de 84,5% no estado.<sup>12</sup> (FORMIGLI, 1980-1981) Todavia, é relevante destacar uma pesquisa realizada em quatro centros de saúde de Salvador, que apontou, a partir de uma comparação com o ano de 1976, que em 1980 ainda havia precariedade na qualidade dos serviços prestados às comunidades. (COSTA et al., 1984) Em aproximação com os debates da APS ocorridos na Conferência de Alma-Ata, o Programa Nacional de Serviço Básico de Saúde (PREV-SAÚDE) foi proposto em 1980. (AQUINO et al., 2014; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) De acordo com a proposta, os serviços de Atenção Primária deveriam se constituir como o centro das relações integradoras dos estados. Isso significava que os referidos serviços deveriam incorporar os programas em execução (como o PIASS). Já as instituições que prestavam serviços de Saúde Pública (a exemplo da Fundação Sesp) teriam que conduzir suas atividades com base nos parâmetros estabelecidos pelo PREV-SAÚDE. (AQUINO et al., 2014) No entanto, o PREV-SAÚDE recebeu oposições diversas, o que culminou na sua não implementação. (AQUINO et al., 2014; LIMA, 2014) Ainda assim, na década de 1980, várias iniciativas foram germinadas frente à Medicina previdenciária, em meio ao processo de redemocratização que estava em curso. Exemplos dessas iniciativas foram o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, que representaram importantes contribuições para a futura constituição da APS brasileira. (AQUINO et al., 2014; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) Ademais, em

---

10 Uma das justificativas que estão em torno da construção dos minipostos é a falta de transporte para a locomoção das pessoas da zona rural para a zona urbana. (COSTA; MAGALHÃES; SOUZA, 1978)

11 É importante destacar que esses minipostos constituíam-se como uma associação da comunidade, na qual todos deveriam contribuir com um valor mensal de Cr\$ 2,00. Contudo, as pessoas que não eram sócias também poderiam acessar o serviço, desde que pagassem uma taxa. (COSTA; MAGALHÃES; SOUZA, 1978)

12 De acordo com Formigli (1980-1981), estariam excluídos desta cobertura os municípios cobertos pela Fundação Sesp e a região metropolitana do estado.

1982, emergiu o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS),<sup>13</sup> buscando reforçar a descentralização do setor saúde, por meio da integração entre as atividades das instituições de saúde no âmbito local. Por meio das AIS, as unidades básicas de saúde prestavam atenção integral para toda a população, independente de contribuição previdenciária, fator que cooperou para expansão dos serviços básicos nos municípios. (AQUINO et al., 2014; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

## **CONSTRUINDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA BAHIA**

Nesta seção apresentaremos a construção e desenvolvimento da APS na Bahia, tomando como base os acontecimentos históricos relatados nas entrevistas e identificados na literatura consultada sobre o tema. Destacamos que a implementação de projetos de assistência pública à saúde e, mais especificamente, de APS, são permeados por questões políticas. Por isso, durante o texto, lançamos mão de uma descrição que considerou as transformações sociais e governamentais ocorridas no território brasileiro e baiano.

### **1986-1999: PRIMEIROS PASSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA BAHIA**

A segunda metade da década de 1980 trouxe importantes acontecimentos dentro do cenário da saúde em nível nacional, a começar pela VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e que adquiriu um caráter especial. Primeiro, porque contou com a participação social. Segundo, porque se aprofundou e discutiu a saúde como um direito de todo cidadão brasileiro, baseando-se em um conceito ampliado de saúde. Esse direito deveria ser reservado ao povo pelo poder público, de forma a minimizar as desigualdades existentes. Os poderes federais, estaduais e municipais deveriam propor reformulações dentro do próprio sistema de saúde, no tocante a sua organização, ao acesso e à qualidade de seus serviços, encerrando-se em seu financiamento. (BRASIL, 1986) Por último, a conjuntura política em que se mergulhava o Brasil, recém-saído de um longo período de ditadura e em meio a uma crise econômica e transição indireta para a redemocratização, com o governo de José Sarney.

Toda essa mobilização no cenário nacional alcançou a Bahia, de modo que as discussões se anteciparam aos dias da conferência, com a realização de Conferências Estaduais da Saúde. Além disso, houve, no estado, a fusão do movimento da Reforma Sanitária brasileira com o movimento da Reforma Psiquiátrica,

---

13 Em 1985 esse programa foi convertido ao *status* de “estratégia”. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

com a presença de diversos atores na busca de um sistema de saúde mais democrático. Destaca-se, nesse período, porém, a intensa atuação da imprensa, ora favorecendo os interesses privados, ora os interesses públicos, alimentando a disputa entre o público e o privado dentro do setor saúde. (MOLESINI, 2011) No ano seguinte, o governo federal criou os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), cujo objetivo era permitir a consolidação e o desenvolvimento das AIS. As diretrizes preconizadas para as AIS basearam-se nas discussões da conferência – eram elas: descentralização, universalização, equidade e integralidade das ações de saúde. Cabe ressaltar que, embora isso tenha permitido o processo de municipalização dos sistemas de saúde, os governos estaduais ainda possuíam muita influência sobre ele, pois as secretarias estaduais eram melhor estruturadas que as municipais. (PAIM, 1989) No mesmo ano, Waldir Pires assumiu o governo da Bahia (1987-1989) com o desafio de realizar a implantação do SUDS no estado. Entretanto, Pires esbarrou em intensas questões burocráticas sobre as disputas de cargos, tendo obtido, ao fim, algum êxito. Cabe destacar que houve uma presença significativa dos professores da UFBA, principalmente aqueles do Departamento de Medicina Preventiva da FMB e da Escola de Enfermagem, dentro da SESAB, o que contribuiu para o processo. (LIMA, 2014; MOLESINI, 2011) Segundo nossa entrevistada 1:

*[...] quando Waldir Pires ganhou a eleição pra governador do estado [...] acho que depois de 20 anos de carlismo, [...] o grupo de professores dos departamentos foi assumir cargos de direção, Luís Umberto era secretário [...] estadual, Jairnilson era o principal assessor dele [Luís Umberto] e minha professora de planejamento, professora Maria do Carmo foi ser [...] assessora chefe da secretaria [...].*

De forma progressiva, a municipalização e a implantação de unidades gestoras foram ocorrendo de acordo com os ditos do Conselho Estadual de Saúde e em um processo de absorção das estruturas do INAMPS. Entretanto, a implantação do SUDS no estado da Bahia não foi imediata e somente foi finalizada no ano de 1989. (PAIM, 1989) Também durante a gestão de Waldir Pires, quando houve um florescimento e enraizamento das ideias da Reforma Sanitária brasileira no estado, iniciou-se a reorganização do sistema de saúde estadual a partir do planejamento de sistemas locais de saúde, proposta essa que fomentou a distritalização<sup>14</sup> e foi reconhecida como pioneira no país. Desse modo, em 1987, iniciou-se o processo

---

14 Distritos sanitários podem ser compreendidos como uma unidade de território com características geográficas, econômicas e de recursos, populacionais e de práticas sanitárias, próprias, de forma que o processo de planejamento e gestão nele estabelecido seja individualizado. (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998)

da formação de distritos sanitários na Bahia,<sup>15</sup> promovido pela SESAB, sendo implantados primeiramente nos municípios de Salvador, Camaçari, Jequié, Vitória da Conquista, Itabuna e Mundo Novo, em um total de 104 distritos no estado. Essa descentralização conduzida pelo governo da Bahia deu-se através das DIRES e estruturas do INAMPS, que foram sendo incorporadas no processo (SILVA JÚNIOR, 1996; TEIXEIRA et al., 1993), visto que ainda havia uma fragilidade dentro das diretorias municipais, como relatado pela entrevistada 1.

Com a promulgação de uma nova Constituição Federal, em 1988, afirmou-se a saúde como um direito de todos. Porém, o SUS foi garantido de fato apenas com a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica), que definiu e estabeleceu suas diretrizes, e com a Lei nº 8.142/1990, que viabilizou a constituição dos conselhos de saúde e definiu o financiamento, complementando a Lei Orgânica. (PAIM, 2009) A partir desse momento, pode-se dizer que enfim se consolidou grande parte das ideias do movimento da Reforma Sanitária brasileira, iniciado no fim dos anos de 1970. A transformação de pautas desse movimento social em políticas estatais forneceu as bases para o debate e a implantação de um sistema de saúde que enfatizou os cuidados primários da população localmente, considerando a concepção de APS abrangente (de acordo com a Declaração de Alma-Ata). Há de se destacar, no entanto, a iniciativa desenvolvida pelo município de Camaçari, na Bahia, que segundo a entrevistada 1, nesse período, ostentava um desenvolvimento econômico satisfatório, permitindo-lhe um direcionamento do sistema de saúde local para um modelo mais democrático dentro de algumas limitações de insumos e profissionais da saúde, antes mesmo deste processo se efetivar no país.

O desenlace da história, entretanto, reservou uma dura derrota para as iniciativas de planejamento em saúde na Bahia, que vinham acontecendo até então. Com a aproximação das eleições presidenciais de 1990, a primeira com o voto popular após a Ditadura Militar, Waldir Pires resolveu disputar o cargo de vice-presidente, retirando-se do governo do estado e permitindo que o seu vice, Nilo Coelho, assumisse de 1989 a 1990, completando o mandato. Essa mudança de governo gerou também mudanças de gestão na SESAB, causando um desmonte das equipes atuantes e exibindo uma ineficiência na condução da implementação do SUS no estado. (LIMA, 2014) Segundo a entrevistada 1:

*[...] Waldir Pires resolveu ser vice-presidente na chapa de Ulisses Guimarães, e toda equipe foi destruída, né, todo mundo saiu da secretaria estadual, e aí a gente passou por um período muito difícil, porque [...] o vice era Nilo Coelho, e eu digo a você que foi*

---

15 A Bahia já possuía uma divisão em distritos sanitários, criada em 1942 e modificada em outras ocasiões (GAUDENZI, 1979), em uma concepção de APS restrita, mas que somente nesse momento esteve orientada de acordo com os sistemas locais de saúde.

*o pior governador de saúde na Bahia, foi pior do que o próprio ACM [Antônio Carlos Magalhães].*

A década de 1990 se exibiu como um período de grandes mudanças e avanços dentro da política do SUS e, conseqüentemente, dentro da APS. Com as eleições de 1990 para governador da Bahia, Antônio Carlos Magalhães (ACM) assumiu o cargo de 1991 até 1994. Neste período, descentralizaram-se e expandiram-se as ações da Atenção Básica dentro da rede de saúde (LIMA, 2014), mesmo que de modo secundário aos demais níveis de atenção. Tal mudança, entretanto, não foi uma iniciativa própria da Bahia, mas sim resultado de decisões federais que refletiam nas ações estaduais.

Em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (AQUINO et al., 2014), que foi implantado na Bahia em 1992. (LIMA, 2014) O PACS tinha como principal objetivo estabelecer ações que visavam a promoção da saúde e a prevenção de agravos no setor materno-infantil, mediante figura do agente comunitário de saúde, que, por compartilhar vivências, cultura e saberes com a comunidade, facilitava a comunicação com as famílias e, conseqüentemente, o desenvolvimento do serviço. Além disso, de acordo com a entrevistada 1, o programa foi essencial para que houvesse um processo de municipalização de enfermeiros, o que contribuiu para expandir e melhorar o atendimento dentro da APS.

No entanto, embora fosse um programa federal, houve uma demora do estado da Bahia em reconhecer essa política. Ainda que já estivesse em desenvolvimento desde 1992, como exposto anteriormente, a incorporação à estrutura estadual aconteceu posteriormente com a regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde, em 1997.<sup>16</sup> Desse modo, como recorda a entrevistada 2, foi através do Sindicato dos Trabalhadores Rurais que o programa adentrou no município de sua residência, ainda em 1991, sendo os serviços pagos por uma bolsa do governo federal, mas que foi suspensa um pouco depois. Porém, a interrupção do pagamento não significou a interrupção do serviço, que passou a ocorrer de forma voluntária até o seu reconhecimento e regularização.

Entretanto, mesmo que a descentralização e a regionalização estivessem idealizadas, as medidas tomadas em nível nacional até então não permitiam aos municípios possuírem autonomia em suas decisões na gestão dos serviços de saúde de um modo geral. Essa era uma demanda de todo o país, que se refletia na Bahia, onde o clientelismo também ordenava a estruturação dos serviços:

---

16 A regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde ocorreu com o Decreto Federal nº 2.208, de 17 de abril de 1997. Entretanto, foi somente em 1999 que se fixaram as diretrizes para o exercício da profissão, através do Decreto Federal nº 3.189, de 4 de outubro de 1999.

*[...] E nós fazíamos sempre reuniões e nessas criamos critérios, que eram: para ter agente comunitário você precisava ter [...] Conselho Municipal de Saúde e isso era novo. Aqui na Bahia nós estávamos no atraso histórico porque entendia-se na SESAB que isso seria, vamos dizer assim, [...] uma importante [...] arma para que o estado tomasse o poder do estado. Então, primeiro tinha que ter Conselho Municipal de Saúde, segundo tinha que ter pelo menos uma unidade que era do município, porque [...] todas as unidades praticamente eram do estado, e a seleção tinha que ser feita por nós, que foi também bastante interessante porque você sabe que até hoje o clientelismo ainda é uma coisa presente nos municípios baianos [...]. (Entrevistada 4)*

Em 1993, com a definição da Norma Operacional Básica (NOB-93/SUS 01/93) pelo Ministério da Saúde, elucidou-se a concepção de gestão do sistema de saúde, incentivando ainda mais o processo de descentralização, que, nas palavras da entrevistada 5, deu prerrogativas para o município se organizar e fortalecer a APS. Assim, pela NOB-93, estabeleceram-se três condições de gestão: a gestão incipiente, em que as secretarias estaduais de saúde assumiam a responsabilidade sobre as ações; a gestão parcial, na qual as secretarias estaduais de saúde detinham parte da responsabilidade sobre as ações, com alguma participação das secretarias municipais de saúde; e a gestão semiplena, em que a secretaria municipal de saúde dispunha de toda responsabilidade sobre as ações de gestão e financiamento. (BRASIL, 1993) Entretanto, a NOB-93 não provocou imediatamente a quebra do clientelismo na Bahia, referido pela entrevistada 4. Ao contrário, o governo continuou se envolvendo na gestão dos serviços de saúde nos municípios, como aponta a entrevistada 1:

*[...] Na verdade [...] a secretaria estadual foi obrigada a aceitar que os municípios [...] fossem responsáveis pela gestão, pelo menos, pela Atenção Básica. Mas, na verdade, a Bahia foi o estado que mais demorou em relação ao processo de municipalização. Em 93, já com a queda de Collor, assumiu o ministério da saúde o doutor Jamil Haddad, que era um médico do movimento sindical no Rio de Janeiro, e aí ele trouxe boa parte dos sanitaristas da Reforma Sanitária [para] atuar dentro do Ministério da Saúde, e aí se criou a Norma Operacional Básica 93, que foi o princípio do processo de municipalização de fato no país, com a transferência de recursos federais para a gestão plena dos municípios. Mas a Bahia atrasada... Para você ter uma ideia, nenhum município aderiu à NOB-93 na Bahia nessa época [...]. Salvador, depois de muita briga, de muita luta, ficou na gestão intermediária [gestão parcial], que na verdade não significava nada, porque não recebia recursos e o estado, por ser oposição à prefeitura, [...] não transferiu pro município de Salvador as unidades básicas que eram, originalmente, do estado.*

Em Salvador, por exemplo, conforme apontado pela entrevistada 1, não se exibiu o mesmo processo de desenvolvimento na atenção primária, e os motivos para

tal são compreendidos mediante o resgate de alguns fatos históricos importantes. No contexto da implantação do SUS na Bahia, no período do governo de ACM, os relatórios de gestão e as atas do Conselho Estadual de Saúde possuíam mais críticas à gestão de Nilo Coelho, anterior à sua, do que propostas para a pauta da saúde. (ÁVILA, 2013) Nesse período, até há apresentação de ações programáticas para a APS, mas é importante destacar que essas consistiam em programas para grupos específicos, como mulheres, idosos e crianças. Outro ponto é que não havia detalhes nem orçamento para colocá-las em prática. (BAHIA, 1992) Nesse contexto, Paulo Souto assumiu o governo da Bahia (1995-1998) e sua gestão se destacou pelo processo de privatização em díspares áreas, inclusive na saúde.

Ao longo de seu mandato, Souto buscou transferir a gestão de serviços públicos para o âmbito privado, a partir da criação do Programa de Incentivo às Organizações Sociais.<sup>17</sup> (LIMA, 2014) No entanto, o Distrito Sanitário de Pau da Lima estabeleceu-se como uma exceção a esse desmonte, conforme ressaltou a entrevistada 1, devido à presença da Cooperação Italiana que, como pontuaram o entrevistado 3 e Silva Júnior (1996), permitiu que houvesse recursos que fizeram do distrito uma experiência bem-sucedida, uma vez que o governo estadual havia retirado a sua participação no processo. Além disso, segundo a entrevistada 1, as divergências políticas entre o governo do estado e a prefeitura de Salvador, materializadas na figura da prefeita Lídice da Mata, prejudicaram o avanço do município para uma gestão plena nos anos posteriores. O entrevistado 3 revelou que o impasse foi resolvido apenas quando a prefeitura foi assumida por um aliado de ACM,<sup>18</sup> momento em que as unidades de saúde que eram geridas pelo estado foram entregues ao município.<sup>19</sup>

Em 1994, o MS deu início à implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), o qual recebeu contribuições do PACS para sua formação. O PSF nasceu com a proposta de levar a APS às famílias, na busca por reorientar o modelo assistencial que vinha sendo desenvolvido até então. (AQUINO et al., 1994) Rosa e Labate (2005) pontuam que as ações iniciais do PSF eram ações verticalizadas, ou seja, pautadas em programas específicos voltados à saúde materno-infantil e à hipertensão, por exemplo, em uma configuração da APS restrita. Porém, os autores ressaltam que, a partir do momento em que o PSF surge no Brasil, despontou tam-

---

17 Modelo privatista amplamente criticado por alguns setores, como os representantes dos trabalhadores de saúde durante as reuniões do Conselho Estadual de Saúde. (ÁVILA, 2013)

18 Embora o entrevistado não tenha recordado o nome, em uma busca realizada, observou-se que, quem assumiu a prefeitura de Salvador após Lídice da Mata foi Antonio José Imbassahy da Silva. Ver em: <https://www.camara.leg.br/deputados/160530/biografia>.

19 Segundo esse entrevistado, nesse período o município de Salvador possuía 18 unidades básicas de saúde, enquanto o estado estava encarregado de 85.

bém um novo olhar e um novo modo de se trabalhar a saúde dentro de um modelo de atenção distinto do hospitalocêntrico, pois permitiu a mudança da visão sobre o objeto, que era antes a doença, centrando-o na família.

Na Bahia, além de fortalecer as atividades que já estavam em desenvolvimento desde o PACS, o PSF contribuiu para a ampliação da oferta de serviços médicos e de Enfermagem. Como relatou a entrevistada 2, isso acarretou uma melhoria da saúde da população, com a redução da mortalidade materna, o aumento do número de vacinados e o acompanhamento de pessoas com doenças crônicas, como hipertensos e diabéticos, principalmente nos municípios de pequeno porte, que possuíam uma maior carência desses serviços. A implantação da Saúde da Família, no entanto, não deixou de concorrer com interesses políticos. Em Salvador, por exemplo, segundo o entrevistado 3, a abertura para o programa foi desencadeada principalmente por conta da influência do então vice-prefeito,<sup>20</sup> que instalou unidades de Saúde da Família, geridas por entidades particulares, no subúrbio da cidade.

Apesar dos avanços na tentativa de transformação do modelo de APS, via Saúde da Família, os municípios baianos (e do restante do país) não detinham a liberdade para gerir seus recursos, pois os estados ainda possuíam o controle do financiamento dos serviços. Somente com a Norma Operacional Básica (NOB-96/NOB 01/96), quando houve a criação do Piso de Atenção Básica, foi permitido aos municípios o acesso direto às verbas destinadas pelo governo federal (BRASIL, 1996), bem como o recebimento de valores fixos por habitante ao ano e valores variáveis, por meio da adesão a programas estabelecidos pela federação. (LIMA, 2014) Isso fortaleceu o processo de descentralização e municipalização, preconizado por intermédio da APS no SUS, e resultou em uma enorme mudança do ponto de vista institucional, gerencial, político e financeiro. (PINTO; GIOVANELLA, 2018)

Ao retornar para o cenário estadual, a entrevistada 1 ressalta que, durante as gestões estaduais de ACM, Paulo Souto e César Borges, existia um espaço de articulação interinstitucional<sup>21</sup> denominado Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal de Saúde da Família do estado da Bahia. Esse polo era conduzido pela SESAB, em parceria com instituições de ensino superior baianas. Em 1997, sob financiamento do governo estadual, em parceria com

---

20 Assim como consta na nota de rodapé de número 75, o entrevistado não recordou o nome. Entretanto, em uma busca realizada, observou-se que o vice-prefeito da gestão de Antonio Imbassahy foi Marcos Antônio Medrado. Ver em: <https://www.al.ba.gov.br/deputados/ex-deputado-estadual/5000389>.

21 Naquela ocasião, existia uma forte relação interinstitucional entre as organizações no campo da cooperação técnica para impulsionar determinadas ações estratégicas no desenvolvimento do SUS no estado, a exemplo da implantação do PSF e da expansão do PACS. (VILASBÔAS, 2006)

o ICS da UFBA, foi criada, para algumas profissões da área da saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Objetivou-se com essa residência a formação de pessoal qualificado para atuar no processo de implantação do PSF, em nível tripartite, ou seja, no âmbito da gestão. Essas iniciativas contribuíram na execução direta das práticas individuais e coletivas de saúde nas comunidades assistidas e, também, para a coordenação e gestão da implementação desse programa nas três esferas administrativas que compõem o SUS (federal, estadual e municipal), assumindo como pressuposto tecnológico a noção de vigilância à saúde como modelo de reorganização da atenção à saúde. (VILASBÔAS, 2006)

## ANOS 2000: O CAMINHAR TARDIO MAS IMPORTANTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA BAHIA

No final da década de 1990, César Borges (1999-2002) assumiu o governo da Bahia e sua atuação no campo da saúde também foi marcada pelas privatizações. Destacam-se, porém, as novas funções assumidas pela SESAB nesse período. Tais funções indicavam, por parte do Plano Estadual de Saúde, um interesse por mudanças e uma necessidade de consolidação dos sistemas municipais, bem como atendimento ao que fomentava a NOB-96 e, posteriormente, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001).<sup>22</sup> Não coincidentemente, a descentralização alcançou 99% dos municípios do estado em 2001. (BAHIA, 2001) Nesse período, a implantação e a ampliação da cobertura do PACS e do PSF tornaram-se as principais pautas da saúde e contribuíram para o fortalecimento da vigilância à saúde e a redução de doenças preveníveis na Bahia. (ÁVILA, 2013; LIMA, 2014) Nacionalmente, como política prioritária, a cobertura assistencial pública alcançou 30% da população até 2002. (CASTRO; FAUSTO, 2012) Diante do exposto, é importante ressaltar, ainda, que a experiência acumulada pelo Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família do estado da Bahia serviu como base para a concepção organizacional e pedagógica da Rede de Polos de Educação Permanente da Bahia, em janeiro de 2004, a qual buscava agregar todas as iniciativas de formação e educação permanente com financiamento tripartite, ou seja, nos três níveis do governo (municipal, estadual e federal). Além disso, a rede levava em consideração a integralidade da atenção, intersetorialidade, equidade na distribuição de recursos no estado, par-

---

22 Trata da “[...] organização dos sistemas de saúde e do fortalecimento do papel dos estados como coordenador de um processo articulado de regionalização do SUS, ampliando o conceito de distribuição de recursos *per capita*, a partir de alocação microrregional, [...] busca ainda estabelecer mecanismos para garantia da integralidade da assistência através do fortalecimento da atenção básica”. (PEREIRA; QUITO, 2004, p. 45)

tipicação social e descentralização do programa a partir da consolidação de uma rede estadual de polos regionais. (BAHIA, 2004) Para implantação desses polos, adotou-se como referência para abrangência das ações a concepção das macrorregiões assistenciais,<sup>23</sup> em consonância com o Plano Diretor de Regionalização. Outrossim, era necessário existir na área de influência do polo ou na macrorregião mais próxima uma universidade pública, que possuísse capacidade técnica e experiência acumulada em ensino de nível técnico e superior, visando educação permanente para os profissionais de saúde. (BAHIA, 2004)<sup>24</sup> Com a expansão da cobertura assistencial e com o reconhecimento de sua importância, o PSF, deixou de ser apenas um programa e se tornou uma “estratégia estruturante”, a Estratégia Saúde da Família (ESF), baseada em uma concepção de APS abrangente. (PINTO; GIOVANELLA, 2018) A ESF fundamenta-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, com ênfase no trabalho multidisciplinar e enfoque familiar, valorizando o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária. Segundo o entrevistado 3, além desses princípios, é por meio da ESF que “a unidade vai até a população” – o que demonstra a importância do desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, executadas através do estabelecimento de vínculos entre profissionais e a população e do diagnóstico de saúde das pessoas adscritas no território, no afã de garantir a efetividade da APS. (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013) A entrevistada 1 aponta que essa implantação da ESF na Bahia se deu, inicialmente, de forma muito tímida, principalmente na capital do estado e nas cidades de grande porte. Diante dessa realidade, de baixa expansão de cobertura assistencial da ESF nos municípios grandes, foi implementado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. O referido projeto envolveu órgãos internacionais e foi responsável pelo aumento no financiamento da ESF nas cidades com mais de 100 mil habitantes, além de incentivar estudos sobre a APS nas instituições de ensino. No período de 2000 a 2006, o MS também financiou estudos de avaliação da ESF, contribuindo para o aumento no número de projetos e trabalhos desenvolvidos por instituições de ensino superior sobre o assunto. (LIMA, 2014; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013) Muitos desses estudos, no entanto, não utilizaram a mesma metodologia e apresentaram resultados díspares. (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013) Ademais, as pesquisas abrangeram o território nacional, não havendo estudos específicos sobre a APS na Bahia (LIMA, 2014), com alguns artigos com informações sobre a ESF, entre 2002 e 2011, em cerca de sete municípios baianos. (ARANTES;

---

23 Nordeste (Salvador), Centro Leste (Feira de Santana), Sudoeste (Vitória da Conquista), Norte (Juazeiro), Oeste (Barreiras) e Extremo Sul (Eunápolis). Em 2007, passaram a ser nove macrorregiões. (BAHIA, 2004)

24 Para mais detalhes, ler Bahia (2004).

SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016) Em 2003, houve a habilitação da Bahia na Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde,<sup>25</sup> pela qual o estado, além de se tornar cogestor do SUS, recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. Isso desencadeou um aumento no financiamento destinado ao estado, a partir da concretização da descentralização, por meio da transferência de responsabilidades, poder e serviços para os municípios baianos, mas a dependência política dessas cidades dificultou esse processo. Também em 2003, a cobertura de Saúde da Família atingiu 27,4% da população baiana. (ÁVILA, 2013; LIMA, 2014) Destaca-se, no segundo mandato do governador Paulo Souto (2002-2006), o processo de mudança do modelo hospitalocêntrico para outro centrado nos fundamentos da APS abrangente, com a ESF e as ações de Saúde da Família, desenrolando-se na Bahia. (LIMA, 2014) Mesmo assim, é preciso salientar que, embora tenham ocorrido avanços, se comparado a outros estados brasileiros, a implementação do SUS e da própria APS no estado baiano foi desenvolvida de forma tardia, como sinalizou a entrevistada 1.

No cenário nacional, em 2006, objetivando reorganizar a Atenção Básica no Brasil sob o viés da APS abrangente, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Considerado o marco histórico para a consolidação nacional e a expansão da ESF, a PNAB reafirmou a APS como porta de entrada do SUS<sup>26</sup> e a Saúde da Família como estratégia na mudança do modelo assistencial. Para tanto, deveria haver continuidade do cuidado, estabelecimento de vínculo, integralidade na atenção, coordenação de ações e serviços, usuários adscritos territorialmente, orientação e estímulo à participação desses e reconhecimento de suas reais necessidades. (BRASIL, 2012; LIMA, 2014) No cenário estadual, também em 2006, Jaques Wagner (2007-2015) ganhou a eleição para o governo da Bahia. Neste momento, sua futura equipe da SESAB visava à criação de uma carreira estadual para os trabalhadores da ESF, com direitos trabalhistas e previdenciários e a possibilidade de mobilidade entre os profissionais de municípios diferentes. (BAHIA, 2009) Além disso, o processo de regionalização da saúde surgiu como um dos compromissos do seu governo. (BAHIA, 2009; LIMA, 2014) Nesse ínterim, somaram-se à ESF as Equipes de Saúde Bucal e, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais de saúde das mais diversas áreas e especialidades, ampliando o escopo e a resolutividade das ações e serviços de Atenção Básica e, conseqüentemente, desencadeando importantes contribuições para a melhoria das condições de saúde da população. (CASTRO; FAUSTO, 2012;

---

25 Foram necessários 14 anos para que a Bahia fosse habilitada e assumisse o seu papel como Gestão Plena do Sistema de Saúde. (LIMA, 2014)

26 Em 2001/2002, a APS já havia sido considerada a principal porta de entrada do sistema. (LIMA, 2014)

GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; LIMA, 2014; MOREIRA et al., 2020)<sup>27</sup> Para a entrevistada 5, o NASF desempenhou um importante papel dentro da saúde, ao ampliar a própria equipe da unidade básica e também ao trabalhar com o apoio matricial, contribuindo para a APS e para a melhoria do serviço prestado. Em paralelo, a Bahia exibia outros indicadores de acesso e qualidade de saúde preocupantes, como a maior taxa de incidência de tuberculose e a mais elevada razão de mortalidade materna da Região Nordeste. (FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA, 2009) Apresentavam-se, concomitantemente, desafios concernentes à gestão do trabalho e às iniquidades sociais, sobretudo pela discrepância territorial, econômica e populacional entre as cidades. (CAVALCANTE FILHO; FRANCO, 2016) Na época, a situação era ruim para os usuários, gestores e trabalhadores. Era constante a interrupção na prestação dos serviços, com a alta rotatividade ou mesmo a ausência de profissionais. O mercado de trabalho era extremamente predatório e concorrencial entre os municípios, havendo situações instáveis do ponto de vista legal e até a necessidade de acordos práticos, não registrados oficialmente, relacionados à flexibilização da carga horária de trabalho na tentativa de atrair profissionais, principalmente médicos. Havia pouco investimento na qualificação dos profissionais, além das dificuldades em fixá-los, ou até mesmo contratá-los, visto que os contratos de trabalho os colocavam em condições laborais precárias. (CAVALCANTE FILHO; FRANCO, 2016) Cientes do contexto e levando em consideração as especificidades e necessidades da população baiana, a partir das articulações e debates realizados acerca da temática, os gestores da SESAB instituíram a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), em 2007. Nota-se, a partir desse ano, um importante progresso na APS da Bahia. Ações estruturantes e fundamentais para sua expansão e qualificação, por meio da Política Estadual de Atenção Básica (PEAB) – “Saúde da Família de Todos Nós” –, passaram a ser desenvolvidas. Como resultado do apoio do governo estadual aos municípios<sup>28</sup> e das propostas da FESF voltadas à ampliação e melhor distribuição de recursos para a qualificação da assistência à saúde, destaca-se a expansão da ESF. (BAHIA, 2009; CAVALCANTE FILHO; FRANCO, 2016) Nesse período, também, ficou estabelecida uma nova lógica da Atenção Básica na Bahia, por meio da estruturação dos serviços, melhoria das condições e contratos de trabalho, aquisição de insumos e

---

27 Segundo Moreira e demais autores (2020, p. 3), “o NASF situa-se na APS e tem a finalidade de ampliar o leque de serviços e adensar o arsenal tecnológico do primeiro nível de contato. Todavia, outros entendimentos sugerem que os núcleos se configurem como atenção secundária [...] [e/ou há uma mesclagem em que o NASF é] identificado como uma nova atenção especializada, coordenada pela APS”.

28 De 2007 até 2012, mais de mil visitas de apoio institucional aos municípios e centenas de eventos e encontros regionais com gestores, trabalhadores e usuários foram realizados, por exemplo. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2012)

equipamentos e promoção de qualificação profissional, ratificando o apoio financeiro e institucional da SESAB à APS. (BAHIA, 2010) Soma-se a isso, ainda, a linha de financiamento para a construção de Unidades de Saúde da Família, por meio da formalização de convênios com os municípios. Ademais, visando um modelo estatal de gestão pública, o governo recorria aos contratos de gestão com organizações sociais e à parceria público-privada em outros âmbitos do sistema, como na atenção hospitalar. (BAHIA, 2013a) Após esses investimentos, a cobertura da ESF no estado, em 2010, passou a ser de 58,6%, havendo 2.685 equipes de Saúde da Família implantadas, aumentando a cobertura em 12%, o que tornou a Bahia o estado com maior crescimento na Região Nordeste. Ademais, a aprovação da lei que regularizava a profissão do agente comunitário de saúde de 5% dos municípios, em 2007, para 99,28%, em 2010, foi outro importante avanço. (BAHIA, 2010) Se formos além, esses números aumentam ao contabilizar o período de 2007 a 2011, quando se observa um incremento de 33,8% no que se refere à ESF. É importante destacar que 2.826 equipes de Saúde da Família e 1.986 equipes de Saúde Bucal foram implantadas nessa ocasião, alcançando a cobertura na ESF na Bahia de 63,05%.<sup>29</sup> (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2012) Ressalta-se ainda que, de 2007 a julho de 2012, foram implementados 164 NASFs.<sup>30</sup>

## DÉCADA DE 2010: PISTAS PARA O FUTURO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA BAHIA

A Bahia entrou na década de 2010 como o primeiro estado nordestino e o quarto estado brasileiro que mais cresceu em cobertura da ESF, partindo de 44,56% da população cadastrada em 2006 para 59,63% em 2011. (BAHIA, 2018) O período foi marcado por uma série de acontecimentos e transformações sociais e políticas de importância nacional. A começar com o ano de 2013, no qual, em âmbito nacional, sob o governo da presidenta eleita Dilma Rousseff (2011-2016), foi criado o Programa Mais Médicos (PMM). O PMM surgiu em julho de 2013, impulsionado pela tentativa do governo federal de absorver conflitos e insatisfações quanto à questão de Saúde Pública apresentados durante as manifestações de junho de 2013, iniciadas como protesto contra o aumento na passagem de ônibus e que absorveram de forma difusa outras reivindicações, como melhorias na saúde e na educação e a negação à realização da Copa do Mundo de 2014 no Brasil. A neces-

29 Ressalte-se que, em novembro de 2012, a Bahia era o 2º estado com maior número de NASFs e o único com uma Política Estadual para o NASF. Ver: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/nasf/>.

30 Ver: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/nasf/>.

sidade de levar médicos para regiões mais remotas do país, no entanto, não era nova, uma vez que, ainda em 1976, por exemplo, o PIASS já possuía objetivo semelhante, como discutido anteriormente. (JESUS; MEDINA; PRADO, 2017) Apesar disso, o PMM foi alvo de diversas controvérsias e críticas, principalmente por setores da categoria médica.<sup>31</sup> Por um lado, diferentes grupos médicos ostentavam uma postura elitista e anticomunista, visto que a presença dos novos profissionais no país, em sua maioria cubanos, desmantelava a antiga estrutura empregatícia, que possuía maior oferta de vagas que trabalhadores de saúde para ocupá-las. Por outro, parte das críticas eram de cunho técnico, baseadas no fato dos médicos estrangeiros terem sido dispensados de realizar o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Ensino Superior Estrangeiras, conhecido como REVALIDA. (MATHIAS, 2016) Nesse contexto, a própria FMB, em manifesto divulgado no dia 25 de julho de 2013 (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2013), opôs-se a aderir ao PMM, na época ainda como Medida Provisória nº 621. No manifesto, não apenas a não aplicação do REVALIDA para os médicos estrangeiros, mas também alterações na formação médica no Brasil, como a imposição de oito anos para a graduação em Medicina, foram declaradas injustificadas e verticais.

Há de se ressaltar, entretanto, que o PMM trouxe perceptíveis avanços para a Atenção Básica em diversos estados do país, entre eles a Bahia. No ano de sua implementação, a título de conhecimento, o programa já atuava em 323 municípios baianos, com o intuito de fortalecer a APS no estado (BAHIA, 2018), o que é confirmado pela entrevistada 1:

*Quando as equipes de saúde da família, é... na Bahia, começa a se implantar em 1997, você passa a ter a interiorização dos médicos, mas, mesmo assim, você deve saber disso, antes do Programa Mais Médicos, nós tínhamos 40 municípios no estado que não tinham 1 médico sequer [...]. A Bahia foi o estado mais beneficiado [...] e o que teve a maior quantidade de médicos advindos do programa.*

De acordo com os atributos da APS<sup>32</sup> de longitudinalidade, isto é, o acompanhamento dos sujeitos pela mesma equipe de saúde ao longo do tempo, gerando um vínculo estreito entre famílias e equipe, e de competência cultural, que pre-

31 É importante ressaltar os aspectos de regulação do trabalho médico, por meio da ampliação de vagas e de bolsas de residência no interior em especialidades estratégicas, a título de exemplo, o que, por si só, é uma prerrogativa constitucional do SUS nunca antes explorada pelos governos, sendo esta a característica mais combatida pelas entidades médicas.

32 Para orientar a estruturação de serviços baseados na concepção de APS abrangente foram elaborados alguns atributos, são eles: primeiro contato, orientação para comunidade, centralidade na família, competência cultural, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

coniza o conhecimento e respeito às especificidades dos saberes e fazeres de cada população, o vínculo dos trabalhadores da saúde com as populações atendidas deve ser o mais próximo e estável quanto possível. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) Alguns empecilhos para o cumprimento desses princípios ocorridos entre os médicos já mostravam-se antes do PMM e não foram solucionados – são exemplos: múltiplos vínculos de trabalho, atuação preferencial na rede privada, falta de recursos e não compreensão dos princípios da APS. (JESUS; MEDINA; PRADO, 2017) Sobre essa questão, as opiniões dos entrevistados 2 e 3 são consonantes, com ênfase na falta de interesse de médicos em relação ao trabalho na APS:

*Inclusive, muitos médicos dos mais médicos que chegam aqui no município... parece que eles só vêm mesmo ganhar dinheiro, mas muitos deles não querem atender o povo. Ele quer atender o mínimo possível. Agora já tem uns que não, além da demanda dele, ele vai além.* (Entrevistada 2)

*[...] depois vem PROVAB, Mais Médicos... todos esses programas visando fornecer trabalho médico, manutenção do trabalho médico, mas continua com dificuldade até hoje.* (Entrevistado 3)

Em agosto de 2019, o governo federal anunciou a substituição do PMM pelo Programa Médicos Pelo Brasil. Buscou-se mostrar o programa como totalmente disruptivo em relação ao PMM, principalmente no que tange à preferência por médicos brasileiros. Contudo, se olharmos de perto, veremos que ambos são semelhantes, com a exceção da inexistência de projetos de melhoria de estrutura e de capacitação, que estavam presentes no PMM, e que podem trazer resultados problemáticos. (MELO NETO; BARRETO, 2019) Desse modo, cabe ressaltar que, apesar das controvérsias e contradições, o PMM mostrou-se relevante para o fortalecimento da APS no Brasil e na Bahia e os desdobramentos da sua substituição pelo Médicos Pelo Brasil ainda permanecem no campo das especulações.

Em âmbito local, 2013 ainda foi o ano de aprovação da PEAB, pelo então governador da Bahia, Jaques Wagner. A PEAB visa adequar a PNAB e os princípios e diretrizes do SUS às especificidades do estado e está fundamentada em seis eixos: gestão democrática e participativa; apoio institucional; comunicação e informação; financiamento; educação permanente; avaliação e monitoramento. (BAHIA, 2013b) Segundo a entrevistada 1, a Bahia é um dos poucos estados que possuem uma política estadual que versa sobre a Atenção Básica. Voltada para os princípios do SUS e da APS, colocando-a como coordenadora do cuidado, atentando-se aos determinantes sociais de saúde e à articulação intersetorial, a PEAB baiana, entretanto, ainda de acordo com essa entrevistada, permanece exclusiva ao plano normativo, não sendo capaz de descrever exatamente a realidade da APS em todos

os municípios do estado, visto que em muitos desses municípios os princípios e atributos do SUS e da APS não são seguidos. Entre o plano normativo e o pragmático, não obstante, a PEAB, quando desenvolvida e aprovada, visava manter o crescimento notável na cobertura da APS no estado, observado nos anos anteriores da década.

Nos últimos dias do mandato de Wagner, foi aprovada a Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014. Essa lei empreendia a extinção das 31 DIRES e a criação, em seu lugar, de 9 Núcleos Regionais de Saúde, supostamente com as mesmas funções das DIRES extintas (TALENTO, 2015), e que passariam a funcionar no início da próxima gestão, em 2015. As DIRES eram órgãos com profissionais vinculados ao estado, que atuavam em funções administrativas e de vigilância à saúde no âmbito municipal. A extinção das diretorias causou controvérsias entre os servidores da saúde e também entre grupos políticos. O governador Rui Costa (2015-atualidade), à época, defendeu a medida, afirmando que, ao colocar profissionais da saúde ligados ao estado para desempenhar funções “burocráticas”, a população perdia pela ausência destes nas unidades de saúde e hospitais. (TALENTO, 2015) Em comunicado oficial sobre os núcleos regionais, a SESAB defendeu que, mediante o avanço da municipalização das políticas de saúde do estado, tornou-se desnecessária a atuação estadual em funções que deveriam ser de responsabilidade municipal e que o governo da Bahia se retiraria do papel de prestador de serviços para os municípios para assumir função de cooperação. (BAHIA, 2015) Por outro lado, os grupos contrários à extinção, que incluíam profissionais de saúde e políticos, afirmavam a importância das DIRES nas funções de vigilância à saúde, que constitui o processo de coleta e análise de dados para planejamento e prática das ações de saúde pública. (TALENTO, 2015) Para a entrevistada 1, os núcleos regionais não foram capazes de suprir a demanda nessa área, mesmo que as estruturas e equipes técnicas de 22 das já extintas DIRES tenham sido mantidas sobre o nome de Bases Regionais de Saúde. (TALENTO, 2015) O ano de 2017 foi marcado por turbulências políticas, que repercutiram em diversos setores, inclusive na Saúde Pública. Em agosto de 2016, a presidenta Dilma Rousseff sofreu um processo de *impeachment*, sendo substituída por seu vice, Michel Temer (2016-2018). Alinhado a políticas neoliberais, em dezembro do mesmo ano, Temer realizou uma das medidas mais significativas de seu governo, a votação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/55, a chamada PEC do Teto de Gastos. Essa PEC, aprovada em duas votações, na Câmara e no Senado, estabelecia o orçamento de 2016 como limite para os gastos do governo federal por 20 anos. Os valores destinados a gastos anuais com a saúde, por exemplo, sofreriam correção apenas com base na inflação anual. Caso o gasto com algum setor ultrapassasse os limites de correção da inflação, o montante deveria ser compensado em outra área. Tal limitação, imposta pela PEC

241/55, passaria a valer a partir de 2017, podendo ser revista apenas após dez anos. (BRASIL, 2016)

Ao ser aprovada, a PEC tornou-se a Emenda Constitucional nº 95 que, na prática, impossibilitou o aumento real nos investimentos federais em todos os setores, inclusive na saúde, fragilizando ainda mais o SUS, que historicamente sofre com o subfinanciamento. (PAIM, 2009) Prova disso é que, segundo a Conta-Satélite de Saúde divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017), os gastos governamentais em saúde, voltados para atender os 80% da população, que dependem exclusivamente do SUS, representaram 3,9% do PIB em 2017, enquanto que os gastos em saúde de famílias e organizações sem fins lucrativos totalizaram 5,4% do PIB. Mais que uma derrota para a saúde pública, a PEC do Teto de Gastos representou para a saúde da Bahia e do Brasil a impossibilidade de sonhar com o avanço do SUS e da APS rumo à ampliação da universalidade das ações e serviços de saúde.

Desde a eleição de Jair Messias Bolsonaro para a presidência da República, em 2018, diversos acontecimentos têm sido observados no campo da Saúde Pública, inclusive ligados à APS. Alguns episódios, como o desmonte do Mais Médicos por intermédio do Médicos Pelo Brasil, já foram mencionados anteriormente. Outros ocorridos, condizentes com políticas de austeridade fiscal e com a recente guinada política brasileira à extrema direita (MASSUDA, 2020), apresentam-se preocupantes para o futuro da APS em nível nacional e, conseqüentemente, estadual, com ênfase para o Programa Brasil Previne.

Em 2019, a instituição do Programa Brasil Previne, por meio da Portaria nº 2.979, de novembro de 2019, alterou os critérios de financiamento da APS, até então regidos pelo Piso de Atenção Básica e por alguns mecanismos definidos na Política Nacional de Atenção Básica, como o Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade. O Piso de Atenção Básica, criado em 1998, subverteu a lógica do financiamento da APS, até então baseado no número de procedimentos realizados, e instituiu o pagamento de uma parcela fixa ligada ao número de habitantes do município, e um parcela variável, destinada para o incentivo de políticas prioritárias, como a ESF, instituída como referencial pela PNAB de 2006. (MASSUDA, 2020) O Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade, por sua vez, instituído na PNAB de 2011, estava relacionado com a geração de incentivos financeiros, como apresenta a entrevistada 4:

*O PMAQ [Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade] fazia uma visita a cada dois anos ao PSF e trabalhava algumas dimensões do ciclo de vida e ali o município ganhava uma nota, né, e cada aquele conceito ele recebia mais x, então o município sabia de antemão que ele se ele implantasse mais serviço, se ele fosse mais organizado, ele tinha*

*garantia que ele ia ganhar mais [...] e o PMAQ foi um processo também muito bonito que acabou, você sabe, que agora o financiamento é por produção então isso também vai mexer muito com a organização da Atenção Básica no Brasil.*

Com o Previne Brasil foram estabelecidos os seguintes critérios de financiamento:

- 1) captação ponderada, que considera a população cadastrada na ESF e não a população total do município, atribuindo peso para cada indivíduo a partir de critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica;
- 2) pagamento por desempenho que define o repasse de acordo com o cumprimento de metas estabelecidas pelo governo; e
- 3) incentivo para ações estratégicas, calculado com base na instituição de programas especificados pelo governo, como Equipe de Saúde Bucal e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. (BRASIL, 2019)

Tais critérios são utilizados em outros sistemas de saúde do mundo e podem apresentar vantagens, como o possível aumento de vinculação da população à ESF, estimulado pela captação ponderada. Entretanto, existem possíveis efeitos nocivos que devem ser considerados. Quando a captação ponderada substitui o financiamento *per capita*, por exemplo, o investimento na APS deixa de visar toda a população, passando a ser direcionado apenas para aqueles que já utilizam o sistema, o que afasta dos serviços as ideias de abrangência e universalidade. O repasse por desempenho também apresenta o risco de levar os municípios a focar apenas nos indicadores monitorados, e não nas demandas específicas da população. (MASSUDA, 2020) Em relação a tais questões, a entrevistada 4 afirma:

*[...] por ter acabado com o PMAQ que era um estimulador para que as equipes tivessem uma melhoria na qualidade da assistência, não só da assistência da atenção mesmo. Isso desestimulou. O financiamento agora também que vai ser por produção, desestimulou, vai desestimular. Esse projeto já era para estar vigorando agora, mas com a pandemia me parece que ele foi adiado, ele foi, mas eu tenho certeza que não vai ser bom para a APS.*

O Previne Brasil ainda revogou o financiamento das equipes do NASF. Em nota técnica divulgada em 28 de janeiro de 2020, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS, em consonância com a Portaria nº 2.979 (que instituiu o Previne Brasil), acabou com a vinculação da composição de equipes multiprofissionais às de equipes NASF-AB, conferindo autonomia ao gestor municipal para definir profissionais, arranjos e a carga horária de suas equipes multiprofissionais. (BRASIL,

2020b) Na prática, a mudança acaba com incentivo à composição de equipes realmente multiprofissionais, como também aponta a entrevistada 4: “O NASF [...] dava conta de muita coisa: nutricionista, [...] fisioterapeuta... Então, assim, acabar com NASF também foi uma derrota da APS”. A nova política de financiamento, assim, traz mais perdas que ganhos eminentes, podendo ser caracterizada como uma derrota imposta pela onda neoliberal sobre o SUS e a APS na Bahia e no restante do país.

O final da década de 2010 guardaria mais um acontecimento notável. A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), declarada em 12 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (SARTI et al., 2020), afetou diversos setores da sociedade em âmbito global e mostrou-se como um desafio sem precedentes para a APS no Brasil. Quando a pandemia foi declarada, a APS vinha enfrentando uma série de transformações alinhadas às políticas de austeridade e propostas neoliberais, como explicitado acima. Assim, impôs o desafio de lidar com pessoas que apresentam casos leves e moderados da doença causada pelo novo coronavírus. Esses níveis de sintomas ocorrem na maioria das pessoas infectadas, que, por sua vez, procuram, preferencialmente, a rede de APS. (SARTI et al., 2020) Enquanto a APS vem se reorganizando para melhorar as condições de saúde da população em plena pandemia, a gestão de Bolsonaro vem se posicionando de maneira antagônica. Por meio do Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, tentou-se inviabilizar o funcionamento da APS através da entrega de sua gestão à Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, entidade privada, explicitando nuances preocupantes: tomadas de posição unilaterais, sem participação social (de encontro a um dos princípios basilares do SUS); brechas para terceirização e privatização da APS, que desencadearia precarização no âmbito da organização da APS e do próprio SUS (GIOVANELLA et al., 2019), além de possível distorção de agenda que define as necessidades de saúde, o que, por conseguinte, ocasionaria prejuízos significativos nas condições de saúde da população. Após manifestações contrárias de entidades civis e forte repercussão negativa nas mídias sociais, o decreto foi revogado. (DAMASCENO; SANTOS; BRITO, 2020) No entanto, a vontade insistente de abrir espaço para privatizar a Atenção Básica no Brasil permaneceu e Bolsonaro homologou outro decreto, agora o Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020, o qual possibilitava a elaboração de estudos sobre alternativas de parcerias com a iniciativa privada para construção, modernização e operação das Unidades Básicas de Saúde na APS. Diante desse incessante desejo de caminhar em direção à privatização da APS no SUS, pesquisadores alertaram para os possíveis riscos de: retrocessos significativos na Atenção Básica em saúde e o impacto disso nos indicadores de saúde; possível transformação da APS em um espaço mercantil da assistência, por meio da imposição de um modelo de

negócio, e não de governança; retirada da administração desse nível de atenção dos municípios e, por fim, confirmação do projeto neoliberal em curso no país. (BRASIL, 2020a; GIOVANELLA et al., 2019) Após fortes críticas, esse decreto também foi revogado. Permanece, no entanto, a apreensão da população acerca dos possíveis próximos passos em direção à privatização e precarização da APS pela atual (falta de) gestão federal vivenciada.

O papel da APS no controle de situações emergenciais de saúde não é conhecido de agora. A competência cultural, o conhecimento do território, o vínculo com as famílias e a comunidade e a integralidade do cuidado, preconizados pelos seus princípios, permitiram uma atuação efetiva nas epidemias de dengue, zika, febre amarela e chikungunya, por exemplo. Uma APS forte e bem financiada seria, portanto, basilar no combate à pandemia de covid-19, pois, para além do cuidado com os casos leves, estaria capacitada para lidar com a prevenção da doença, através de estratégias de educação em saúde, encaminhamento de casos graves para outros níveis de atenção, monitoramento das famílias e da comunidade, além de ajudar a mitigar os efeitos psicossociais e econômicos do isolamento e da pandemia na vida dos indivíduos. (SARTI et al., 2020)

Uma das estratégias utilizadas pela APS para continuar desempenhando o papel de porta de entrada para o cuidado, durante a pandemia, foi a telemedicina. Regulamentada em caráter excepcional pelo MS brasileiro, em vista do contexto pandêmico, a estratégia possibilitou atendimentos, monitoramento e acompanhamento *on-line* das pessoas pelos médicos da APS. (SARTI et al., 2020) A prefeitura de Salvador, por exemplo, em um nota técnica, recomendou a vigilância de pacientes com suspeita ou casos confirmados de covid-19 por telefone, pelas Unidades de Atenção Básica, mostrando a capacidade de adaptação e reinvenção da APS em contextos atípicos. (SALVADOR, 2020) Nesse sentido, a pandemia de covid-19, ainda vigente no momento de escrita deste texto, vem se mostrando como um desafio sem precedentes. Entretanto, também tem servido para evidenciar o papel central da APS, não raro, vítima de ataques e tentativas de sucateamento e privatização. Tal papel central reside no cuidado integral e primário que inspira sistemas e políticas de saúde, não somente no estado da Bahia e no Brasil, mas em todo o mundo.

## **CONSIDERAÇÕES PARCIAIS**

Esta pesquisa histórica, realizada em bases bibliográficas e alicerçada por entrevistas com pessoas que circulam ou circulavam na APS da Bahia, possibilitou-nos perpassar díspares períodos e acontecimentos que abrangem o processo da implantação da APS no estado. Evidencia-se que não houve a intenção de limitar as características, as perspectivas e os aspectos apreendidos em uma única história.

Nota-se que a descrição histórica realizada apontou para a (des)construção de um sistema de saúde com forte influência de atores sociais, como lideranças políticas, em diferentes momentos. A interferência política, de modo geral, contribuiu para o desenvolvimento de uma conjuntura de subfinanciamento e desmonte, além da valorização de programas e planos característicos de uma APS seletiva, com dificuldades de estabelecer coesão e integração com os demais níveis de atenção. Contudo, esses atores, muitas vezes pressionados por movimentos sociais, também colaboraram para avanços significativos no que diz respeito à garantia do direito à saúde e ao acesso aos serviços públicos, a expansão da rede básica de saúde e promoção do estado como cogestor do SUS.

Constatamos um crescimento progressivo da cobertura e uma implementação tardia da APS na Bahia, com avanços especialmente na segunda metade da década de 1990 e entre 2007 e 2016, quando ações estruturantes e fundamentais para a expansão e qualificação da Atenção Básica passaram a ser desenvolvidas. Para o alcance desses resultados, foi essencial a consolidação dos sistemas municipais, através da ampliação da ESF, que produziu maior resolutividade das ações e serviços de Atenção Básica. Nesse sentido, destaca-se a PEAB e o PMM, sendo a Bahia o estado mais beneficiado por esse programa.

No entanto, além dos desafios já existentes, os últimos anos têm sinalizado retrocessos importantes. Por isso, embora tenham ocorrido avanços, precisamos estar atentos e fortes para resistir perante a lógica mercadológica no campo da saúde, com enfoque no modelo biomédico e hospitalocêntrico, no corporativismo das entidades médicas, que contribuiu para a destituição do PMM, na manifestação do pensamento neoliberal e restrição de direitos, bem como na tentativa de privatização da APS e desmonte do SUS.

Para não finalizar, torna-se importante ressaltar que estes registros históricos, assumidamente incompletos pelo baixo número de informações em alguns períodos, buscam constituir um olhar sobre o processo de implantação da APS no estado da Bahia, e não “a história” em si. Soma-se a isso, o fato de que a história da APS, no Brasil e na Bahia, encontra-se inacabada e muitos acontecimentos e atores poderão ser acrescentados nos próximos tempos. Desse modo, mais pesquisas devem ser realizadas sobre as histórias já contadas e as futuras, que ainda serão.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; LISBOA, Carlos Alberto Lisboa. *Distritos sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

AQUINO, Rosana *et al.* Estratégia saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. *In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). Saúde coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-371.

ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. *A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 a 2006.* 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Comunicado Oficial sobre os Núcleos Regionais de Saúde.* Salvador: Governo do Estado da Bahia, 2015.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Plano Estadual de Saúde 1992-1995.* Salvador: Governo do Estado da Bahia, 1992.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Parcerias Público-Privadas (PPPs).* Salvador: Governo do Estado da Bahia, 2013a. Disponível em: <https://bit.ly/3cPsCJ5>. Acesso em: 23 jan. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Projeto para conformação da Rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde da Bahia.* Salvador: Governo do Estado da Bahia, 2004.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Relatório Anual de Gestão 2010.* Salvador, 2010.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Relatório de Gestão 2001.* Salvador: Governo do Estado da Bahia, 2001.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Política Estadual de Atenção Básica.* Bahia: Governo do Estado da Bahia, 2013b.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Panorama da Atenção Básica no Estado da Bahia.* Salvador: Governo do Estado da Bahia, 2018.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano estadual de saúde: gestão 2007-2010. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, supl. 1, nov. 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. *Proposta de Emenda à Constituição 241 de 15 de julho de 2016.* Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, DF, 15 jun. 2016.

BRASIL. Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020. Dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2020a. Disponível em: <https://bit.ly/3wuuePY>. Acesso em: 31 jan. 2021.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-SUS 01/93*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previnde Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previnde Brasil. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: <https://bit.ly/2R94icH>. Acesso em: 28 jan. 2021.
- CASTRO, Ana Luisa Barros de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. A política brasileira de atenção primária à saúde. In: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 173-196.
- CAVALCANTE FILHO, João Batista Cavalcante; FRANCO, Túlio Batista. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 63-86, 2016.
- CODES, José S. G. de; SILVA, Nair Fábio da; SANTOS, Valdete dos. Estudo da rede de centros e postos de saúde da cidade de Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 1, n. 2, p. 41-48, 1974.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. *Atenção Básica na Bahia é destaque nacional: com os mais altos números de crescimento, se comparado*. Salvador, 2012.
- COSTA, Iracy Silva; MAGALHÃES, Maria Myrtes A.; SOUZA, Ruth Guedes de. Consideração sobre o modelo integrado de saúde rural a nível de assistência sanitária simplificada. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 5, n. 3/4, p. 113-119, 1978.
- COSTA, Maria da Conceição N. *et al.* Avaliação de centros de saúde em Salvador - 1980. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 11, n. 1, p. 7-17, 1984.

DAMASCENO, Andherson Stéphanon Barberino; SANTOS, Jamilli Silva; BRITO, Rafael Sousa de. *Análise do processo da reforma sanitária brasileira: implantação/ implementação no primeiro semestre de 2020*. Salvador: Observatório de Análise Política em Saúde, 2020.

DOLCI, Mariana de Carvalho. Sobre as ideias americanas de Saúde Pública e a criação do primeiro Centro de Saúde da América do Sul. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA-CONTRA OS PRECONCEITOS: HISTÓRIA E DEMOCRACIA, 29., 2017. Salvador. *Anais eletrônicos* [...]. São Paulo: ANPUH, 2017. Disponível em: <https://www.snh2017.anpuh.org/site/anais>. Acesso em: 28 jan. 2021.

FORMIGLI, Vera Lucia Almeida. A implantação do PIASS no estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 7/8, n. 1/4-1/2, p. 7-19, 1980-1981.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. *A Bahia unida por um novo caminho para a Saúde da Família*. Salvador, 2009.

GAUDENZI, Tripoli F. B. Proposta de regionalização dos serviços de saúde no estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 6, n. 1/4, p. 7-40, 1979.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 575-625.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2NUbYOC>. Acesso em: 20 mar. 2021.

IBGE. Conta Satélite de Saúde. *Retropolação da série de consumo final de bens e serviços de saúde*. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/31m9oUP>. Acesso em: 28 jan. 2021.

JESUS, Rebeca Amorim de; MEDINA, Maria Guadalupe; PRADO, Nília Maria de Brito Lima. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1241-1256, 2017.

LIMA, Luana Neves da Rocha. *A política da Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

LUZ, Madel Terezinha. Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice de (org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p. 25-47.

LUZ, Madel Terezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

- MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.
- MATHIAS, Maíra; E os médicos tornaram-se conservadores? *Outras Mídias*, São Paulo, 18 set. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/31kVP8f>. Acesso em: 28 jan. 2021.
- MELO NETO, Alexandre José de Melo; BARRETO, Danyella da Silva. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2162, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3fcg LX4>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.
- MOLESINI, Joana Angelica Oliveira. *A reforma sanitária na Bahia: um lugar na história (1987-1989)*. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- MOREIRA, Diane Costa *et al.* Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/31KCrBs>. Acesso em: 31 jan. 2021.
- PAGANINI, José María; MIR, Roberto Capote (ed.). *Los Sistemas Locales de Salud: conceptos – métodos – experiencias*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- PAIM, Jairnilson Silva. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 365-375, 1989.
- PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PAIM, Jairnilson Silva. Programa de saúde integrado num projeto de desenvolvimento rural. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 3, n. 1/2, p. 21-24, 1976.
- PEREIRA, Silvana Souza da Silva; QUITO, Marcus Vinícius. NOAS: Houve impacto para o SUS? *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 40-54, 2004.
- PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.
- SALVADOR (BA). Secretaria Municipal de Saúde. *Nota Técnica nº 05/2020, de 09 de abril de 2020*. Orientações específicas sobre afastamento e retorno às atividades de

profissionais de saúde. Salvador: Prefeitura Municipal, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3sSqmWS>. Acesso em: 30 jan. 2021.

SARTI, Thiago Dias *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3dxyiGO>. Acesso em: 28 jan. 2021.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

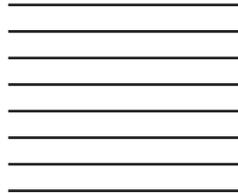
SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

TALENTO, Biaggio. Dires não têm médicos burocratas, diz Solla. *A Tarde*, Salvador, 9 fev. 2015. Disponível em: <https://atarde.com.br/politica/dires-nao-tem-medicos-burocratas-diz-solla-668958>. Acesso em: 29 jan. 2021.

TEIXEIRA, Carmen F. *et al.* O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 79-84, 1993.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Manifesto da Faculdade de Medicina da Bahia Sobre o Programa Mais Médicos*. Salvador, 25 jul. 2013.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Residência multiprofissional em saúde da família: a experiência da parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva e a Escola Estadual de Saúde Pública na Bahia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Residência multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 47-60.



## 16

# OS ESTUDOS EM GENÉTICA NA BAHIA NO SÉCULO XX

*Beatriz Malaquias Neves  
Isabel Brito de Lima Araújo  
Rafael Costa Sarno Neves*

### ANTES DAS ERVILHAS

Quando pensamos na história da Genética, o nosso primeiro pensamento é quase que automático: Gregor Mendel, ervilhas e frações. No entanto, a ciência que existe por de trás da semelhança entre você, leitor, e os seus pais biológicos não foi questionada apenas por Mendel no século XIX. A hereditariedade é um mistério desde os primórdios da humanidade e não coube apenas a Mendel tentar achar uma resposta para essa grande dúvida.

Ainda no período pré-histórico, há aproximadamente 12 mil anos, o *Homo sapiens* vivenciou a revolução agrícola e passou a domesticar animais e plantas por intermédio da seleção artificial. Assim, é indubitável que os povos que viveram na

Pré-História já tinham consciência da transmissão de características dos genitores para a sua prole e passaram a usufruir desse fenômeno, mesmo que não saibamos como eles achavam que isso acontecia. (HARARI, 2018; MASEFONI, 2017)

A partir do advento da escrita, vemos que a hereditariedade se tornou um motivo de muitas reflexões na Grécia Antiga. Apesar de não ser o primeiro a pensar sobre o assunto, as ideias de Pitágoras (570 a.C.-495 a.C.) sobre os mistérios da hereditariedade ultrapassaram a sua cidade-estado, impactando toda a Grécia e inúmeros filósofos que viriam após ele. A sua teoria, chamada de espermismo, defendia a existência de um líquido seminal que percorre todo o corpo do genitor adquirindo as suas informações. Esse líquido seminal seria ejetado no terreno fértil feminino e lá daria início ao surgimento de uma nova vida, considerando que a mulher seria uma mera incubadora, uma guardiã da informação doada pelo sêmen masculino. (MUKHERJEE, 2016)

A popularização do espermismo impactou muitos outros pensadores que se debruçaram sobre o tema do mistério por trás da hereditariedade. Isso ocasionou em uma repetição de ideias semelhantes ao espermismo que aconteceu ao longo de vários anos, como é o caso de Anaxágoras de Clazomene (500 a.C.-428 a.C.), Empédocles (495 a.C.-430 a.C.), Demócrito de Abdera (460 a.C.-370 a.C.) e outros pensadores. (MASEFONI, 2017)

Dentre aqueles que refletiram sobre a hereditariedade na Grécia Antiga, temos apenas dois que influenciaram os séculos posteriores: Hipócrates de Cós (460 a.C.-377 a.C.) e Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.). Quanto à Hipócrates, considerado “pai” da Medicina ocidental, sabe-se que ele acrescentou a participação por igual entre genitor e genitora, criando a teoria da “dupla semente”. Por sua vez, Aristóteles, concluiu que o genitor contribui com a forma e a genitora contribui com a matéria, acreditando que o *nous*, uma espécie de energia, seria responsável por organizar toda a massa, dando-a sentido e vida. (CASTAÑEDA, 1992; MASEFONI, 2017)

Assim, essas teorias foram reapropriadas, recebendo novas significações, pensadas por novos cientistas e tendo sido visitadas até mesmo pelas religiões posteriores. No Velho Testamento, por exemplo, encontramos algumas passagens referentes à fecundação, gestação e herança de características que muito se assemelham às teses de Aristóteles. Para além disso, como a Grécia se encontra no intermédio entre o ocidente e o oriente, é de se esperar que textos religiosos orientais também carreguem princípios gregos da geração. Dessa maneira, temos nas *Leis de Manu*, um livro bramânico,<sup>1</sup> passagens que também apresentam visivelmente uma influência espermista. (CASTAÑEDA, 1992)

---

1 Conjunto de obras que seguem uma linha filosófica e teológica, nascente na Índia. Atualmente, sofreu diversas revisões com o tempo e é referida como hinduísmo.

O espermismo, unido à ideia da “dupla semente” de Hipócrates e às teses de Aristóteles continuou a influenciar o mundo mesmo com a queda da Grécia aos pés de Alexandre, o Grande. No período Helenístico, como simpatizante dessas ideias temos Epicuro de Samos (341 a.C.-271 ou 270 a.C.). Já no período da Roma Antiga, encontramos Tito Lucrecio Caro (94 a.C.-50 a.C.). (CASTAÑEDA, 1992; MASEFONI, 2017)

E assim, a teoria do espermismo e as ideias hipocráticas e aristotélicas sobre a geração alcançaram o período medieval preservando em muito de sua essência. No entanto, a partir de Avicena (980 d.C.-1037 d.C.), o foco tornou-se outro: explicar fisiologicamente essas teses nos seres humanos, indo além da ideia e buscando materializá-la. Muitos tentaram explicar como se origina o sêmen, outros qual a função exata do sangue menstrual na geração, alguns ainda se arriscaram a explicar como acontecia a formação de gêmeos. Mas o denominador comum entre todos eles eram os princípios edificados no pensamento clássico da geração: o espermismo, a dupla semente e a forma aliada a matéria a partir do *nous*. (CASTAÑEDA, 1992; MASEFONI, 2017)

Reproduzindo os mesmos experimentos com ovos de galinha que Hipócrates e Aristóteles fizeram, Fabricius de Aquapendente (1533-1619) e William Harvey (1578-1657), seu aluno, marcaram a história da Genética. Essa união fomentou a tese de que todo animal deriva de um *ovum*. Segundo Harvey (1847), a concepção é produto de uma interação entre homem e mulher, de modo que ambos contribuem para o referido processo. No entanto, mesmo após tantos anos, ainda havia discordâncias acerca dos mecanismos da hereditariedade. A comunidade acadêmica fervilhava em ideias completamente diferentes, de modo que, durante o século XVII e XVIII, havia diversas teorias sobre hereditariedade. (CASTAÑEDA, 1992; MASEFONI, 2017)

E nesse cenário de diversas ideias sobre a hereditariedade, surge a teoria de Charles Darwin. Quase uma década depois de publicar *A origem das espécies* (1859), após dois anos de muito esforço e de um colapso mental, Darwin desenvolveu a sua própria teoria da hereditariedade chamando-a de “pangênese” e publicando-a no livro *Variação de animais e plantas domesticadas* (1868). (CASTAÑEDA, 1992; MASEFONI, 2017; MUKHERJEE, 2016) Contudo, sua teoria foi refutada rapidamente por diversos cientistas e Darwin voltou à sua velha agonia: obter respostas sobre a hereditariedade. (CASTAÑEDA, 1992; MASEFONI, 2017; MUKHERJEE, 2016) Existem várias hipóteses sobre o porquê de Darwin jamais ter lido os artigos de Mendel, já que eles eram contemporâneos. Alguns estudiosos da trajetória do cientista acreditam que, em seus estudos sobre hereditariedade, Darwin estava lendo um livro sobre hibridação de plantas que mencionava o artigo de Mendel na página 52. No entanto, os registros deixados por Darwin evidenciam que ele leu e anotou apenas nas páginas 51 e 53. (MUKHERJEE, 2016)

## MAS AFINAL QUEM FOI GREGOR MENDEL?

Um jovem míope, de 21 anos e extremamente tímido foi levado ao mosteiro da Ordem de Santo Agostino, em Brno, pelos seus pais camponeses, para tornar-se pároco. Nascido na Silésia, em 20 de julho de 1822, o rapaz seria batizado com o nome de Gregor Johann Mendel. Ao tornar-se pároco, Mendel demonstrou uma incrível incapacidade de exercer aquela profissão, demonstrando uma timidez invencível. A sua ansiedade não só o impedia de ministrar sermões para a população do interior da Alemanha, mas também o fez falhar duas vezes no processo seletivo para lecionar no famoso liceu de Znaim. (MUKHERJEE, 2016; OBLY, [200-])

Incentivado pelo abade, Mendel foi até a Universidade de Viena e lá adquiriu uma formação formal em diversas ciências da natureza com ênfase em física e botânica. Em meio aos seus estudos, ele teve contato com experimentos de hibridização de plantas realizados por Joseph Koelreuter e vários outros. O cruzamento entre plantas era muito comum entre os botânicos da época, haja vista que buscava-se elucidar como se dava a fertilização sexual entre as flores. (MUKHERJEE, 2016; PRESTES; MARTINS, 2016)

Assim, quando Mendel retornou para o mosteiro, em 1853, ele passou a plantar ervilhas para estudar os seus híbridos. Quatro anos mais tarde, em 1857, Mendel notou certo padrão em suas plantações e decidiu que passaria a contar ervilha por ervilha. Por fim, Gregor Mendel plantou, estudou e contabilizou ervilhas por 8 anos, totalizando 28 mil plantas, 40 mil flores e quase 400 mil sementes. (MUKHERJEE, 2016; OBLY, [200-])

Nesse seu jardim, Mendel se deparou com uma grande curiosidade: quando ele cruzou uma planta com uma haste grande com uma outra de haste curta, ele esperava que viesse uma planta de haste mediana. No entanto, para a sua surpresa, só nasceram plantas de haste grande. Quando Mendel fez um auto cruzamento dessas plantas de haste grande da segunda geração, nasceram três plantas de haste grande para uma planta de haste curta. A partir disso, Mendel percebeu que aquela informação de haste pequena da primeira geração não foi destruída, ela era capaz de retornar em menor quantidade mesmo depois de ter desaparecido das características visíveis de uma geração. A informação que desaparecia e que voltava com menor quantidade ele chamou de “recessiva”. Aquela que permanecia em todas as gerações e sempre nascia em maior quantidade, ele chamou de “dominante”. (MUKHERJEE, 2016)

Com o tempo, Mendel percebeu que na fase do auto cruzamento, na segunda geração, ele cruzou híbridos “Cc”. Essa informação iria se dividir em unidades distintas de informação - “C” e “c” - em que a letra maiúscula representa o alelo dominante e a minúscula representa o alelo recessivo. Essas unidades seriam

cruzadas para gerar o puro dominante (CC), puro recessivo (cc) ou ainda híbridos (Cc). Na proporção genotípica, temos 1/4 puro dominante (CC), 2/4 híbrido (Cc) e 1/4 puro recessivo (cc). Como o alelo dominante expressa a sua característica mesmo em dose única, ou seja, em heterozigose, na proporção fenotípica – observando apenas o “visual” da planta – temos 3/4 para plantas de haste grande (CC e Cc) para 1/4 de plantas com hastes curtas (cc), já que o alelo recessivo só se expressa quando está em dose dupla, ou seja em homozigose. (MUKHERJEE, 2016)

Além de estudar o tamanho das hastes, Mendel ainda estudou as características das sementes maduras, lisas, redondas e vincadas, sua cor (amarelas ou verdes); casca da vagem branca ou cinzenta; vagem lisa ou enrugada; vagem verde ou amarela e flores que saíam da haste principal ou da parte terminal. (MUKHERJEE, 2016)

Assim, Gregor Mendel tentou compilar todas essas ideias em seu artigo intitulado “Versuche über Pflanzen-Hybriden” (1866), ou seja, “Experimentos na hibridização de plantas”. Nessa obra, ele definiu os conceitos de recessivo e dominante e também defendeu que existiam unidades distintas de informação passadas dos genitores para os filhos. Ele não sabia o que era essa unidade, do que ela era feita ou onde ficava, mas foi um dos primeiros a levantarem essa ideia. (MUKHERJEE, 2016; WEILING, 1991)

No entanto, especula-se que o título do artigo e a aparência “suja” da obra – um texto com diversas tabelas, códigos e descrições de plantações – tenha desencorajado muitos leitores a darem atenção ao artigo de Mendel, que poderia se passar visualmente por uma mera aula de botânica. Por isso, enquanto Mendel estava vivo, a repercussão de seu artigo se resumiu a duas apresentações na Sociedade de Ciências Naturais de Brno. A publicação foi ignorada pela Royal Society, pela Linnean Society (ambas agremiações inglesas) e por outros vários cientistas com os quais Mendel buscou contato. (MUKHERJEE, 2016)

Assim, Mendel voltou-se às atividades administrativas do seu mosteiro e faleceu na função de pároco, afastando-se da ciência e acreditando que o seu artigo pereceria no esquecimento. Os manuscritos de Mendel só viriam a ser descobertos por William Bateson (1861-1926), responsável por performar uma intensa busca por esses escritos originais. Muitos foram os mitos referentes ao sumiço deste manuscrito: o sobrinho de Mendel alegou que o tio os destruiu em um surto psicótico já na velhice, já o dr. Hugo Iltis mencionou que encontrou os escritos em uma lixeira na livraria da Sociedade de Ciências Naturais de Brno. De qualquer maneira, o artigo de Mendel foi encontrado nessa mesma livraria – mas não na lixeira e sim entre os escritos arquivados – vindo a público em 1930. A partir desse momento, suas cópias passaram a ser vendidas, e tornando-se amplamente divulgadas no meio acadêmico. (MUKHERJEE, 2016; SIMUNEK, HOSSFELD, 2012)

## DEPOIS DE MENDEL: A BUSCA PELAS BASES MOLECULARES DA GENÉTICA

Após as descobertas de Mendel, vivemos uma busca por se esclarecer a natureza dos fatores que transmitiam a informação hereditária. Afinal o que é aquilo que hoje chamamos de gene? A essa pergunta, tentaram responder cientistas de muitas partes do mundo durante o século XX, especialmente os da Europa, Estados Unidos e Japão, mas também do Brasil e da Bahia. É também uma grande quebra de paradigmas constatar a importância de cientistas mulheres no processo.

A corrida pela unidade molecular da hereditariedade começou, na verdade, antes dos próprios trabalhos de Mendel. Podemos estabelecer como marco o desenvolvimento da teoria celular, postulada por Theodor Schwann (1810-1882) e Matthias Jakob Schleiden (1804-1881), em 1838, segundo a qual todos os organismos vivos seriam compostos por células. Em 1833, os estudos de Robert Brown (1773-1858) constataram a existência de um núcleo nas células, e, em 1842, o botânico suíço Karl Negali (1817-1891) descreveu a divisão celular em vegetais, observando e descrevendo elementos que chamou de cromossomos. (SEDGWICK; TYLER, 1960)

Em 1869, Friederich Miescher (1844-1895) descreveu, através de pesquisas neutrófilos (células do sistema imunológico), a composição química predominante do núcleo: fosfato e nitrogênio. Estava aí a primeira evidência da existência dos chamados ácidos nucleicos. (DAHLM, 2008) A relação entre o conteúdo nuclear das células e a hereditariedade foi estabelecida pelo trabalho do médico suíço Theodor Heinrich Boveri (1862-1915). Em experimentos com ouriços do mar, durante a década de 1900, Boveri constatou que o desenvolvimento embrionário desses animais não acontecia de forma apropriada quando lhes faltavam os cromossomos. Ele postulou, assim, que essas moléculas teriam papel crucial na biogênese e descreveu duas de suas características: individualidade (cada cromossomo é diferente dos demais) e continuidade (mesmo com a divisão celular, os cromossomos mantêm suas características). (LAUBICHLER; DAVIDSON, 2008)

Adentrando o século XX, temos os estudos de Walter Sutton (1877-1916), um dos primeiros a valorizar as descobertas de Mendel. Em seus trabalhos, publicados em 1902 e 1903, a partir de experimentos com gafanhotos, Sutton estabeleceu a organização dos cromossomos em pares, concluindo que cada par de cromossomos seria oriundo da combinação de uma unidade materna e outra paterna. Além disso, o médico notou que, durante o processo de meiose (na formação dos gametas), cada um desses pares se dividia entre as células filhas. Assim, ele corroborou, a nível molecular, os fatores hereditários mendelianos. (CROW; CROW, 2002)

Na década de 1900, o botânico dinamarquês Wilhelm Johannsen (1857-1927) fez importantes observações, ao estudar feijões de forma semelhante a Mendel.

Além do termo “gene”, Johannsen elaborou outros dois: genótipo e fenótipo. O genótipo se referia ao elemento genético molecular; já o fenótipo, às características assumidas pelo organismo oriundas da manifestação (ou expressão) do genótipo. Apesar de suas contribuições, Wilhelm Johannsen se opôs à ideia citológica de que os genes seriam as unidades moleculares específicas dos cromossomos, acreditando, por sua vez, em uma ideia mais abstrata, de que os genes seriam reações físico-químicas. (ROLL-HANSEN, 1979)

Outro marco no desenvolvimento da Genética foi a consolidação da noção de que o sexo biológico é definido pelos cromossomos no momento da fecundação em diversas espécies de seres vivos, como a humana, por exemplo. Em 1905, a bióloga americana Nettie Maria Stevens (1861-1912) pesquisava larvas de besouro e percebeu diferenças de tamanho nos cromossomos dos espécimes machos e fêmeas. Ela postulou assim, que esses cromossomos seriam os determinantes do sexo biológico, mais tarde conhecidos como cromossomos X e Y. Apesar de sua imensa contribuição, Nettie Stevens não recebeu o devido crédito por suas descobertas, falecendo em 1912, sem ter presenciado o impacto futuro de seus estudos. É preciso ter em mente o ambiente acadêmico da época, em que cientistas mulheres não eram valorizadas e as próprias universidades americanas eram frequentemente divididas por gênero. Outros cientistas, como Edmund Beecher Wilson (1856-1939), que fez observações muito semelhantes às de Nettie Stevens no mesmo período, e Thomas Hunt Morgan (1866-1945), conhecido por seus estudos com moscas da espécie *Drosophila melanogaster*, foram mais reconhecidos pela descoberta dos cromossomos sexuais do que Nettie Stevens. (BRUSH, 1978)

As descobertas de Nettie Stevens e Edmund Wilson sobre o papel dos cromossomos na determinação sexual corroboram a ideia de que as informações genéticas estão contidas nos cromossomos. Em 1911, essa ideia foi novamente fortalecida, dessa vez pelos experimentos de Thomas Hunt Morgan. As moscas com as quais trabalhava costumam ter olhos vermelhos, entretanto uma mutação genética<sup>2</sup> encontrada apenas em machos resultava em espécimes com olhos brancos. A partir de determinados cruzamentos dessas moscas, Morgan trouxe mais evidências da relação entre os cromossomos e a hereditariedade. Os estudos de Morgan estabeleceram as bases da genética clássica e lhe renderam, em 1933, um Prêmio Nobel. (CARLSON, 2013; GOODSTEIN, 1991)

O pupilo de Thomas Hunt Morgan, Alfred Henry Sturtevant (1891-1970) trouxe novas contribuições para a teoria dos cromossomos. Ele estudou os princípios do *linkage*, que consiste na ideia de que genes diferentes de um mesmo cromosso-

---

2 Mutações são alterações do material genético, que muitas vezes acontecem durante a reprodução celular. Elas ocorrem ao acaso, mas sua probabilidade pode ser potencializada por fatores químicos, físicos e biológico. (GUYTON; HALL, 2011)

mo homólogo permanecem unidos durante a meiose, podendo ser rearranjados apenas pelo processo de *crossing over*. Investigando a probabilidade da transmissão de determinado gene dos genitores para sua prole, Sturtevant percebeu que, numa espécie, cada gene tem uma determinada chance de encontrar com um outro gene durante o *crossing over*. Essa chance seria influenciada pela distância que cada gene se encontra do outro, deduzindo então que os genes estariam distribuídos linearmente nos cromossomos, como um colar de contas. (GOODSTEIN, 1991; PROVINE, 1991)

Outro ponto importante nas descobertas sobre os cromossomos foi a contagem do número de cromossomos da espécie humana. Vinte e um pares, totalizando 42 cromossomos, é um conhecimento bem difundido atualmente, mas nem sempre foi assim. Em 1923, o biólogo americano Theophilus Painter (1889-1969) foi o primeiro a publicar uma contagem de cromossomos a partir de células haplóides (gametas): 24 pares, totalizando 48 cromossomos. Ele foi feliz em caracterizar as diferentes formas e tamanhos dos cromossomos, descrever os pares de cromossomos sexuais X e Y e até estabelecer que não havia diferença morfológica entre os cromossomos de pessoas de diferentes “raças”. Seu erro de contagem, entretanto, foi perpetuado por mais de 30 anos, sendo inclusive ratificado por estudos posteriores. (RUDDLE, 2004) Foi apenas em 1956 que os geneticistas Joe Hin Tjio (1919-2001) e Albert Levan (1905-1998) estabeleceram a quantidade de 23 cromossomos analisando células diplóides (que possuem os dois cromossomos de todos os pares). (TJIO; LEVAN, 1956)

Em 1925, essas descobertas, relacionadas aos cromossomos, desembocaram na teoria dos cromossomos de Boveri-Sutton, formulada por Edmund Beecher Wilson. Reunindo tudo o que havia sido descoberto na época, ele definiu o cromossomo como carreador dos genes e os responsáveis pelos fatores mendelianos. Estavam definidas, assim, as bases moleculares da hereditariedade. (CROW; CROW, 2002)

Em 1928, um outro fenômeno genético foi descoberto pelo bacteriologista inglês Frederick Griffith (1877-1941): a transformação. Em seu experimento com diferentes cepas (ou variedades) de *Streptococcus pneumoniae*, uma espécie de bactéria, ele percebeu que os espécimes de uma cepa transmitiam características para os de outra cepa, mesmo após a morte. Era a primeira evidência do processo microbiótico hoje conhecido como transformação. (GRIFFITH, 1966)

Mas de que forma, do ponto de vista molecular, teria havido essa transferência de características? Alguns anos depois, em 1944, o experimento de Avery, MacLeod e McCarty viria elucidar essa questão. Os cientistas Oswald Avery (1877-1955), Colin MacLeod (1909-1972) e Maclyn McCarty (1911-2005) observaram que era o DNA a molécula responsável pelo fenômeno da transformação. (AVERY;

MACLEOD; MCCARTY, 1944) Tal descoberta ajudou a esclarecer qual componente dos cromossomos carregava os genes. Seria o DNA ou seriam as proteínas presentes no núcleo? O experimento de Avery, MacLeod e McCarty sugeria fortemente que era o DNA. (MACGREGOR; POON, 2003)

A resposta definitiva a essa pergunta viria em 1952, através dos trabalhos de Alfred Day Hershey (1908-1997) e Martha Cowles Chase (1927-2003). Estudando um tipo de vírus chamado bacteriófago T2 e sua interação com bactérias *Escherichia coli*, a dupla descobriu que apenas o DNA viral era inserido na bactéria para que o vírus se reproduzisse, enquanto as proteínas permaneciam externamente. Seria o DNA, portanto, o material genético. (HERSHEY; CHASE, 1952)

Apesar de já ter sido estabelecido em 1941, pelos cientistas George Beadle (1903-1989) e Edward Lawrie Tatum (1909-1975), que as proteínas estavam codificadas em genes específicos, restavam muitas dúvidas sobre a síntese proteica. O cenário mudou quando os estudos de James Watson (1928-) e Francis Crick (1916-2004), influenciados pelos trabalhos de Rosalind Elsie Franklin (1920-1958) e seu pupilo Raymond George Gosling (1926-2015) com a técnica de difração de raio-X, permitiram-lhes formular a estrutura molecular em dupla hélice do DNA. Apesar de teórica, a formulação de Watson e Crick ajudou a esclarecer muitos mistérios sobre a transcrição, tradução e replicação genética. A estrutura sugerida pela dupla foi definitivamente comprovada em 1980, ao ser replicada em cristalografia de raio-X, técnica que possibilita estimar a estrutura molecular de um cristal usando um feixe de raio-X. (MACGREGOR; POON, 2003)

Um dos avanços importantes feitos a partir da descoberta de Watson e Crick veio em 1959, com o cientista espanhol Severo Ochoa de Albornoz (1905-1993). Desde a década de 1930, ele realizava pesquisas sobre variedades de proteínas, até que sua atenção chegou a uma proteína específica chamada polinucleotídeo fosforilase, cujo papel na síntese de RNA<sup>3</sup> é crucial. Graças à descrição dessa enzima, o próprio Ochoa conseguiu sintetizar, em laboratório, uma molécula de RNA. Seu trabalho lhe rendeu o Prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina de 1959, junto com Arthur Kornberg (1918-2007), responsável pela síntese, também em laboratório, do DNA. (TAN; PETTIGREW, 2018)

Em 1968, o médico japonês Motoo Kimura (1924-1994) formulou a Teoria Neutralista da Evolução Molecular, segundo a qual as mutações aleatórias do material genético tendiam a ser desprovidas de efeito prático na vida do indivíduo, ou deletérias, enquanto as mutações benéficas – isto é, aquelas que favorecem a adaptação a um determinado ambiente – seriam raras. (JENSEN, 2019) A apren-

---

3 RNA é um tipo de ácido nucléico de fita única formado a partir de DNA. A informação contida no RNA é usada por estruturas celulares, os ribossomos, para sintetizar proteínas essenciais à vida. (GUYTON; HALL, 2011)

diz de Kimura, Tomoko Ohta (1933-), aperfeiçoou sua teoria, transformando-a na Teoria Quase Neutralista da Evolução Molecular, ao adicionar-lhe um novo fator: o tamanho populacional. Segundo ela, quanto maior a população de uma determinada espécie, menor é a velocidade de evolução. A nova teoria possibilitou mais aplicações práticas do que a anterior, como realizar projeções do desenvolvimento genético de populações. (OHTA, 2003)

Outro momento importante no estudo da Genética foi a invenção da reação em cadeia de polimerase, o popular PCR. Utilizando diversos mecanismos enzimáticos, essa técnica permite copiar sequências de DNA. O PCR foi primeiramente descrito pelo bioquímico norueguês Kjell Kleppeem em 1971, e colocado em prática em 1985, pelo bioquímico americano Kary Mullis, lhe rendendo o Prêmio Nobel de Química de 1993. (KAUNITZ, 2015) A invenção do PCR revolucionou a Genética em pesquisa, diagnóstico e tratamento, como, por exemplo, em seu uso na testagem rápida de HIV. (PEREIRA et al., 2002) A pandemia de covid-19 trouxe o PCR para o conhecimento público, dada sua importância para o diagnóstico da doença e para o desenvolvimento de fármacos e imunizantes. (IWATA, 2020)

E já que tocamos nessa tão recente invenção, precisamos falar do Projeto Genoma Humano, que também trouxe a Genética para o conhecimento público. Com a missão de sequenciar todo o genoma humano, esse projeto contou com 3 bilhões de dólares de investimento em mais de 15 anos de pesquisas. Iniciado em 1990, após muitos debates sobre sua real relevância, com um pontapé de interesses políticos e econômicos, o projeto contou com a ajuda de centenas de laboratórios espalhados em quase 20 países, dentre eles o Brasil. Com 95% do genoma codificado, os resultados do projeto contribuem para muitas áreas da Genética, Medicina e Bioquímica. (HOOD; ROWEN, 2013) Por outro lado, a expansão de estudos semelhantes, com objetivo de desenvolver medicamentos orientados pelas particularidades genéticas de cada indivíduo, tem esbarrado no problema da falta de diversidade étnico-racial. A predominância de indivíduos de ancestralidade europeia, nesses estudos, pode limitar o alcance de seus benefícios à saúde. (SIRUGO; WILLIAM; TISHKOFF, 2019)

## **BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A EPIGENÉTICA**

O conceito de epigenética surgiu na década de 1940, através dos trabalhos do embriologista Conrad Waddington, que visavam entender a relação entre o processo de desenvolvimento humano e a constituição genética do indivíduo. Observando células humanas sendo geradas, ele levantou a hipótese de que o ambiente no qual a célula se encontrava poderia afetar o uso e a expressão dos genes e a isso deu o nome de epigenética. (MUKHERJEE, 2016) Mesmo mostrando evidências dessa

hipótese em experimentos com asas de *Drosophila*, a suposição de Waddington ficou por um tempo apenas no campo teórico, visto que ele não conseguiu demonstrá-la de forma clara e suficientemente embasada segundo seus pares científicos. (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2014)

No entanto, um acontecimento durante a Segunda Guerra Mundial viria a mudar tudo, endossando a olhos vistos a teoria de Waddington. Em meio à ocupação da Holanda pelo exército alemão, em meados de 1944, o abastecimento de carne e de alimentos foi interrompido na região norte do país, levando boa parte da população a um estado crítico de fome e inanição no inverno de 1944-1945. Esse triste evento ficou conhecido como “*Dutch Hungerwinter*” ou “inverno da fome holandês”, e estima-se que milhares de pessoas morreram de subnutrição. No entanto, as barbaridades vistas nesse período geraram uma coorte natural envolvendo milhares de pessoas, que passaram a ser estudados por pesquisadores que buscavam entender os efeitos dessa experiência famélica coletiva dos sobreviventes. (MUKHERJEE, 2016) Na década de 1980, quase 40 anos depois do inverno da fome holandês, passou a ser observado que os filhos de mulheres que estavam grávidas durante o embargo alimentício tinham maior susceptibilidade a doenças como a obesidade.

Posteriormente, foi mostrado em um estudo que a exposição à fome durante a periconcepção (período que compreende os três meses anteriores à concepção e os três primeiros meses de gestação) provoca alterações epigenéticas que são “impressas” no gene. Nesse caso, tais alterações foram responsáveis por um aumento das taxas de doenças cardíacas, distúrbios metabólicos e de aumento da mortalidade na geração nascida logo após o evento. (EKAMPER et al., 2014; HEIJMANS et al., 2008) Ainda mais impressionante foi a constatação que esses efeitos observados nos “filhos de *Hungerwinter*” podiam ser observadas também na geração seguinte, a dos netos das mulheres sobreviventes ao período famélico, sendo, portanto, um caso de herança epigenética transgeracional. (KAISER, 2014) Essas foram, então, as primeiras evidências consistentes de que um evento que altera drasticamente as condições ambientais e o cotidiano dos envolvidos pode ficar registrado não só na história, mas também nos genes. Diferente do que Charles Darwin havia antes afirmado, os genes não só eram capazes de trazer à tona consequências das experiências do indivíduo, mas também passá-las adiante.

Na década de 1970, os cientistas Arthur Riggs (1975), Robin Holliday e Pugh (1975) propuseram que a epigenética seria, na prática, uma alteração química que ocorre no DNA, por meio da adição de grupos químicos chamados de metila. (FELSENFELD, 2014) Assim, a metilação do DNA foi o primeiro mecanismo descrito como responsável por mudanças na expressão gênica no âmbito da epigenética, participando diretamente da ativação e inativação de genes enquanto

o organismo se desenvolve. A partir de então, a epigenética passou a ser definida como a área da Genética que estuda as alterações na expressão dos genes e não mais como uma área de estudo das alterações estruturais do DNA em si. Com os avanços na área da Genética, impulsionados principalmente pela demanda de pesquisas no campo da Cancerologia e da Embriologia, nos anos 1980 e 1990, a epigenética passou a ser ainda mais divulgada e explorada no meio científico. (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2014) Assim, à medida que os novos conceitos e mecanismos epigenéticos iam sendo revelados, a epigenética passou a consolidar-se e a ser utilizada para explicar processos envolvidos, por exemplo, na formação de tumores, no desenvolvimento genotípico e fenotípico durante a embriogênese e na resposta imune a infecções.

## **EUGENIA, TEORIAS RACIAIS E CIÊNCIA NO BRASIL**

As teorias racializadas partem do pressuposto de que existe uma hierarquia racial e, portanto, a superioridade de uns sobre os outros. Já que a ideia de superioridade racial está ligada, em grande medida, à herança de características ditas superiores, é esperado que essas teorias busquem sustentáculos na Genética, já que ela é justamente a ciência que se debruça sobre o fenômeno da hereditariedade. Portanto, muitos dos estudos em Genética estiveram, e alguns ainda estão articulados às teorias racializadas e à eugenia. Muitos acadêmicos geneticistas defenderam no passado a existência de uma linhagem pura e superior. Com isso, a opressão e o extermínio das “raças” ditas inferiores tornaram-se algo natural aos olhos de muitos desses cientistas e do público leigo, especialmente durante o período de ascensão de regimes totalitários em diferentes países do mundo, no século XX.

No entanto, ao pensarmos em eugenia e teorias racializadas, pensamos apenas nas tragédias causadas pela Segunda Guerra Mundial. Mas as ideias de superioridade física e intelectual, derivadas da hereditariedade, não são exclusivas do século XX. Vemos a lógica de superioridade herdada ainda no berço da ciência da hereditariedade, na Grécia Antiga. Em sua obra *A República*, Platão, enquanto autor do livro, afirma que

[...] é necessário tornar as relações muito frequentes entre os homens e as mulheres de elite, e, ao contrário, bastante raras entre os indivíduos inferiores de um e outro sexo [...] se, por acaso, quisermos que o rebanho atinja a mais elevada perfeição. (PLATÃO, 2012, p. 42)

Vale ressaltar que seria anacronismo chamar Platão de eugenista, e a intenção deste capítulo não é julgá-lo. Queremos apenas apontar que a ideia da existência

de uma superioridade que poderia ser herdada já estava presente em seus dizeres. (MUKHERJEE, 2016; PLATÃO, 2012)

As teorias de superioridade entre as raças não pararam em Platão, prosseguindo firmes na história. Muitos associam as teorias racializadas apenas a Francis Galton, que citaremos mais adiante, mas elas são anteriores a ele.

Arthur de Gobineau, por exemplo, publicou a sua obra *Ensaio sobre as desigualdades entre as raças humanas* em 1853-1855, anos antes da publicação da obra de Galton sobre o assunto. Gobineau partiu da hipótese da hierarquia social, acreditando que a classificação humana por raças biológicas seria capaz de prever as suas capacidades intelectuais e cognitivas. A partir disso, Gobineau buscou justificá-la a todo custo, defendendo inicialmente uma superioridade com base na linhagem pura. (SAMPAIO; LIMA; BALABAN, 2019)

Em 1869, Arthur Gobineau chegou ao Brasil no cargo de Ministro da França, função equivalente à de um diplomata. Gobineau foi calorosamente recepcionado pelo próprio imperador, d, Pedro II, que já conhecia as obras do intelectual. Nessa época, o Brasil já estava em um fervor intelectual – a abolição da escravidão estava em pauta de discussão. Aqui, Arthur Gobineau reforçou presencialmente as suas teorias raciais ao longo da sua estadia compulsória que durou cerca de dois anos. (STARLING; SCHWARCZ, 2015)

No Brasil, houve muito debate com relação às teorias racializadas, especialmente durante a segunda metade do século XIX e primeira do século XX. Nascido no Maranhão, em 1882, e catedrático da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), o médico Nina Rodrigues foi um dos principais expoentes que discutiu essas ideias em terras brasileiras. Os trabalhos de Nina Rodrigues foram amplamente influenciados pelas ideias do médico italiano Cesare Lombroso, que criou a Teoria do Homem Delinvente, em 1876. Para desenvolvê-la, Lombroso estudou 25 mil presidiários europeus, buscando um padrão morfológico entre eles, defendendo que a capacidade de cometer um crime seria condicionada à constituição biológica, e consequentemente hereditária, de um indivíduo, e não social. (FERNANDES, 2018)

Nina Rodrigues defendeu algumas das principais teses lombrosianas. Apresentando uma tese com diversas falhas metodológicas, Rodrigues firmou-se na comunidade acadêmica propondo que a mestiçagem seria a razão para a ocorrência de deformidades físicas e sociais vistas na cidade de Serrinha. Rodrigues estudou o alcoolismo, a criminalidade, analisou a incidência de pessoas portadoras de deficiências físicas e notou diversas complicações derivadas do raquitismo na infância na população em que ele buscou estudar em campo. No entanto, falhou ao inferir causalidade desses fatos à mestiçagem. Assim, impulsionado por teorias racializadas, Nina Rodrigues compreende como tais características de um

criminoso seriam herdadas pelos seus descendentes, como a impulsividade, a força física, a incapacidade intelectual e a sexualidade exacerbada. (CORRÊA, 2008)

Vale a pena ressaltar que grandes nomes da teoria racial surgiam e ganhavam força no meio acadêmico internacional, buscando unir a hereditariedade à sociologia, tentando associar a criminalidade e a loucura a características morfológicas como cor de pele. Dentre esses, temos Herbert Spencer e o darwinismo social, ou ainda Benedict-Augustin Morel e a Teoria da Degeneração. E nesse meio fertilizado pelo racismo pseudocientífico surge Francis Galton. Incentivado pela leitura do livro do seu próprio primo, Charles Darwin, Galton usou *A origem das espécies* como base para o seu artigo “O gênio hereditário”, que viria a ser publicado em 1869. Com esse escrito infame e sem nenhum crivo metodológico, criou-se a *eugenia* – “bem-nascido” – em que Galton defende que as virtudes associadas a raça ariana podem ser herdadas e por isso, o Estado deve exercer um “controle reprodutivo”, regulando os seus casamentos para a formação de uma nova geração virtuosa e, portanto, superior. (MUKHERJEE, 2016)

A eugenia alcançou a comunidade acadêmica brasileira com alguns trabalhos na década de 1910. Destaca-se a importância da FMB nesse período de avanço da teoria eugenista no Brasil. A FMB foi sede da primeira conferência “pró-eugenismo” do Brasil. Essa conferência ocorreu em 1913 na cidade de Salvador e foi organizada principalmente pelo dr. Alfredo de Magalhães. Não tardou para que a eugenia fosse devidamente incorporada às ideias científicas e políticas. Buscava-se, nesse período, reposicionar o Brasil no cenário internacional enquanto uma civilização regenerada, em direção a ordem e ao progresso. (CARRARA, 1996 apud SOUZA, 2006)

Rapidamente uma sociedade eugênica brasileira foi criada em São Paulo tendo como protagonista um médico, Renato Kehl, contando com a participação de 140 homens em que 138 deles possuíam título de doutor (fornecidos aos graduados em Medicina ou Direito na época). A Sociedade Eugênica de São Paulo dizia-se ser uma organização científica, que buscava estudar e entender a hereditariedade no contexto social. Logo, os ideais expandiram-se também para o Rio de Janeiro. A partir desse momento, a Medicina brasileira passou a interagir intimamente com a eugenia e vários médicos que são vistos como referência participavam de congressos ou se aliavam a ligas com um viés eugenista, como a Liga Brasileira de Higiene Mental. Dentre eles, encontra-se Carlos Chagas, Vital Brazil, Arthur Neiva e até mesmo Juliano Moreira. (SOUZA, 2006; STEPAN, 2004)

Essa influência da eugenia na comunidade médica afetou diretamente o exercício da Medicina na época. A Psiquiatria foi afetada ao associar a eugenia a ‘higiene mental’ que muitos psiquiatras se decidiam a fazer, buscando identificar o “criminoso antes do crime” ao procurar um precedente hereditário que explicas-

se a recorrência da loucura, delinquência e a prostituição em uma linhagem. Logo a Medicina legal também seria afetada pelas teses eugênicas, fomentando uma cooperação entre médicos e juristas para a regularização das penas impostas aos julgados. Já na Ginecologia e Obstetrícia, a eugenia fomentou o retorno da puericultura e dos exames pré-nupciais que impediam que determinado matrimônio fosse selado se identificado um defeito hereditário. (SOUZA, 2006; STEPAN, 2004)

Assim, a eugenia brasileira da década de 1930 passou a destoar da eugenia europeia – que já dava os seus primeiros passos em direção à eugenia radical defendida pelo nazismo – ao defender que a miscigenação não degenera a população, mas sim a salva. Essa tese aumentou a popularidade do mito do branqueamento populacional em pleno Estado Novo, mesmo que ele já tenha sido cogitado ainda no Segundo Império. Nesse cenário, surge como ícone o jurista Oliveira Viana, que defendia a arianização gradual da população brasileira por intermédio da miscigenação. A partir dele, logo viria Gilberto Freyre e a sua tese da democracia racial, defendendo veementemente a miscigenação, mesmo que com passagens hoje vistas como racistas. (DIETRICH, 2007; MAIA; ZAMORA, 2018; STEPAN, 2004)

Com a expansão do Terceiro Reich na Europa e a disseminação da ideologia nazista, a eugenia europeia seguiu por uma vertente demasiadamente radical quando comparada à eugenia brasileira. A eugenia alemã considerava o brasileiro como um degenerado devido à miscigenação, enquanto os eugenistas brasileiros consideravam o alemão como um estranho em seu território, haja vista que eles se reuniam em suas colônias isolacionistas e não buscavam se integrar ao povo brasileiro. (DIETRICH, 2007) No entanto, a posição política de neutralidade do Brasil diante da guerra permitia que existisse uma ponte entre ambas as teses. Deve-se destacar que Vargas mantinha relações comerciais com os países do Eixo e até mesmo a sua vertente ideológica durante o Estado Novo se comunicava constantemente com o fascismo. (STARLING; SCHWARCZ, 2015)

No entanto, a neutralidade logo tornou-se insustentável. Após o ataque japonês à Pearl Harbor, em 1941, o Brasil foi obrigado a se aliar a algum dos dois lados. Diante da pressão, Vargas rompeu relações com o Eixo e se aliou aos Aliados e não tardou para que submarinos alemães atacassem navios mercantes brasileiros em águas nacionais. Assim, diante do impasse causado pela decisão de Getúlio Vargas e pelo ataque da Alemanha ao Brasil, a elite acadêmica brasileira passou a desacreditar na eugenia como solução, fazendo-a perder forças pouco a pouco. Com a derrota do Eixo e o fim do Terceiro Reich em 1945, as teorias raciais foram desmascaradas e descredibilizadas, sendo finalmente categorizadas como uma pseudociência violenta. No entanto, a influência das teorias raciais foi tão forte no meio acadêmico brasileiro que elas persistem ainda hoje no imaginário nacional, disfarçadas. (DIETRICH, 2012; STARLING; SCHWARCZ, 2015; STEPAN, 2004)

## HISTÓRIA DA GENÉTICA NA BAHIA

Na Bahia, a história da Genética tem seu início marcado por um nome principal: Cora de Moura Pedreira. Formada em 1938, pela FMB, Cora foi uma das pioneiras na área da Genética humana no Brasil, sendo, inclusive, uma das fundadoras da Sociedade Brasileira de Genética e da Sociedade Latino-Americana de Genética. (MOREIRA, 2005) Em 1959, com o apoio da Fundação Ford – instituição estadunidense fundada, em 1934, por Henry Ford, com o intuito de colaborar para o desenvolvimento científico, redução da pobreza e promoção da democracia – a dra. Cora fundou o Laboratório de Genética Humana no Hospital das Clínicas de Salvador, onde desenvolveu diversos projetos, principalmente nas áreas de Genética de populações, grupos sanguíneos e citogenética. O laboratório contou com a participação de jovens estudantes em iniciação científica e até de outros grandes nomes da Genética brasileira, com quem a dra. Cora mantinha contato, como Francisco Salzano, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e Oswaldo Frota-Pessoa, da Universidade de São Paulo (USP). Em 1971, com a construção do prédio do Instituto de Biologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), o Laboratório de Genética Humana foi transferido para lá, onde continua funcionando atualmente. Para além da importância científica que ele teve para o desenvolvimento da Genética no Brasil, destaca-se também a importante contribuição, através dos projetos de iniciação científica, para a formação de novos pesquisadores, que viriam, no futuro, levar adiante o legado da dra. Cora Pedreira. (FERRARI; AZEVÊDO, 2008)

Nessa nova safra de geneticistas, estava a dra. Eliane Azevêdo. Ainda no quinto ano de graduação, incentivada por um dos primeiros livros de Genética médica publicados no mundo – presente dado por seu professor, dr. Roberto Santos – a então graduanda Eliane entrou em um projeto de iniciação científica, no Laboratório de Genética Humana, orientada pela dra. Cora. Com essa oportunidade, dra. Eliane pôde amadurecer seu interesse por Genética, ainda que as linhas de pesquisa trabalhadas no laboratório não a tenham interessado muito. Foi então que o dr. Roberto Santos a apresentou aos pesquisadores Newton Morton e Charles Cotterman – ambos geneticistas estadunidenses da Universidade de Wisconsin. Após entrevistas marcadas por mímicas e dificuldades de comunicação devido aos idiomas diferentes, os pesquisadores convidaram-na para um novo projeto de Genética de populações. Nessa pesquisa, dra. Eliane, agora já formada, passou um ano em São Paulo, no início da década de 1960, examinando moradores da Hospedaria de Imigrantes, que ficava no bairro do Brás e onde instalavam-se os imigrantes nordestinos que iam a São Paulo, para trabalhar nas fazendas do interior do estado. Passado esse período, o contrato com o grupo de Morton e

Cotterman previa que Eliane seguisse para a Universidade do Havaí, a fim de colaborar com a análise dos dados obtidos na hospedaria paulistana.

Nos Estados Unidos, em meio às mudanças socioeconômicas e tecnológicas da década de 1960, a dra. Eliane contribuiu em projetos na Universidade do Havaí, se especializou em Genética Clínica na Universidade de Washington e recebeu o título de PhD em Genética, também pela Universidade do Havaí. Nesse ponto, a dra. Eliane tinha uma escolha importante a fazer: aceitar a cidadania americana que lhe tinha sido oferecida e trabalhar na Universidade de Chicago, ou voltar ao Brasil e desenvolver pesquisas em Genética no seu país de origem, na faculdade na qual se formou. Em entrevista, a dra. Eliane explicou que ponderou as opções de ficar nos Estados Unidos e ser “o rabo do leão” – devido ao fato de ser mulher e estrangeira, em um país altamente competitivo – ou voltar ao Brasil e ser “a cabeça do ratinho”, abrindo seu próprio laboratório. Depois de avaliar suas opções, ela preferiu “a cabeça do ratinho” e, então, em 1969, a dra. Eliane Azevêdo retornou ao Brasil. (AZEVEDO, 2021)

Na UFBA, passou a ser colaboradora do programa de pós-graduação que começava a surgir. De 1972 a 1973, ela ficou na Universidade de Londres, realizando seu segundo pós-doutorado no Laboratório Galton, colaborando com o geneticista Harry Harris, e, após retornar novamente ao Brasil, foi concursada efetivamente como professora da FMB. Com o apoio novamente do prof. Roberto Santos, a dra. Eliane Azevêdo fundou o Laboratório de Genética Médica (LGM) no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) e nele desenvolveu muito do que se tem hoje no âmbito da Genética médica na Bahia. Nesse laboratório, a profa. Eliane orientou alunos que vieram a fazer parte do corpo docente da FMB, a exemplo das professoras Maria das Graças Souza e Maria Betânia Toralles. (FERRARI; AZEVEDO, 2008; JACOBINA, 2018)

A Genética passou a ser ensinada a partir de 1950, ainda na cadeira de Biologia Geral e ministrada pela profa. Cora Pedreira. Na Faculdade de Medicina, o componente de Genética Médica foi implantado em 1969, ainda como optativo, sendo ministrado pela dra. Eliane Azevêdo, que se tornou professora titular do componente em 1975. Azevêdo permaneceu no cargo até 1993, quando se aposentou. Com o sucesso da disciplina e das aulas da profa. Eliane, que lotavam a sala, a pedido dos próprios alunos, Genética Médica tornou-se um componente obrigatório, permanecendo assim até 1995, quando passou a ser um componente optativo, oferecido pelo Departamento de Pediatria. Esse sucesso pode ser explicado pelo encantamento que Eliane Elisa de Souza e Azevêdo<sup>4</sup> demonstra ao se referir a seu período como professora na UFBA:

---

4 Entrevista concedida aos autores, Salvador, em 18 de janeiro de 2021.

*Eu sempre saía de uma sala de aula melhor do que entrei. Se eu tinha problema, depois da aula eu tava legal, não tinha mais problemas. Dar aula, pra mim... Eu tinha uma mística de dar aula assim... Você, com uma vela acesa, você pode acender uma porção de velas. Não diminui sua chama, mas aumenta a luz da sala.*

No fim da década de 1960, mais precisamente no ano de 1968, acontecia, no Brasil, a Reforma Universitária, que, dentre tantas mudanças no âmbito universitário brasileiro, regulamentou a criação dos cursos de pós-graduação nas universidades de todo o país. Nesse contexto, a dra. Eliane Azevêdo teve também grande relevância, orientando, à frente do LGM, diversas dissertações de mestrado e teses de doutorado de alunos da UFBA e de universidades de outros estados, como Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo. A dedicação de dra. Eliane Azevêdo em estimular e contribuir para o desenvolvimento da Genética médica também é percebido em seu empenho em diminuir o isolamento científico da Bahia e do Brasil, em relação ao cenário científico mundial. Aproveitando seu reconhecimento internacional, ela conseguiu organizar cursos e convidou pesquisadores internacionais de renome para ministrá-los, além de ter conseguido receber, por seis anos consecutivos, ajuda da Organização dos Estados Americanos (OEA) para investir no ensino e pesquisa em Genética médica na UFBA. (AZEVEDO, 2021; FERRARI, 2004)

Com tamanho prestígio internacional, a dra. Eliane Azevêdo acabou se envolvendo em uma curiosa história de busca de reconhecimento autoral. Em 1969, enquanto se dedicava à instalação do LGM, a profa. Eliane recebeu a visita do então professor de Hematologia da FMB, dr. Jessé Accioly. Nessa ocasião, ele mostrou um artigo escrito por ele em 1946 e publicado na revista *Tertúlias Acadêmicas*, que tinha circulação limitada apenas ao cenário local. O artigo intitulado de “Anemia Falciforme – apresentação de um caso com infantilismo” havia sido escrito pelo dr. Jessé Accioly em seu quinto ano de graduação em Medicina. Nele constava a primeira descrição científica do mecanismo de hereditariedade da anemia falciforme, indicando-a como uma doença genética de caráter autossômico recessivo. Ao ler o artigo, a dra. Eliane percebeu que, apesar de a autoria dessa descoberta ser creditada ao pesquisador estadunidense James Neel, o crédito deveria ser dado ao dr. Jessé Accioly. A partir dessa revelação, com a autorização de Accioly, em 1973, dra. Eliane traduziu o artigo e o enviou para o editor da revista *American Journal of Human Genetics*. No mesmo ano, essa revista publicou o resumo enviado pela dra. Eliane juntamente com uma nota de reconhecimento do feito de Jessé Accioly, revelando para o mundo o trabalho pioneiro do estudante baiano. Com isso, hoje, quando é feita uma pesquisa bibliográfica a respeito da anemia falciforme, o nome do prof. Jessé Accioly aparece como autor da descoberta do mecanismo de herança dessa doença, graças ao esforço de dra. Eliane para que Accioly tivesse o merecido reconhecimento. (AZEVEDO, 2021; JACOBINA, 2018)

À medida que o LGM crescia, chegando inclusive a ocupar quase metade de uma ala do Hospital das Clínicas, novos pesquisadores iam sendo formados, tanto em iniciação científica, quanto em pós-graduação. Nesse contexto, destaca-se, entre tantas, as participações do dr. José Tavares-Neto, como bolsista de iniciação da OEA, e que viria a se tornar diretor da FMB. E da dra. Maria Betânia Toralles, que, após a aposentadoria da dra. Eliane Azevêdo, passou a coordenar o laboratório com o prof. Tavares-Neto. (FERRARI; AZEVÊDO, 2008)

Sob o comando da dra. Maria Betânia Toralles, o LGM ampliou suas linhas de pesquisa, passando a abordar tópicos como citogenética, teratogênese, oncogenética e imunogenética. Além disso, passou a integrar a Rede de Erros Inatos do Metabolismo (Rede IEM), mantida pelo CNPq, que realiza triagens, acompanhamentos e estudos a respeito de doenças metabólicas genéticas congênitas. No início do século XXI, o Serviço de Genética Médica do HUPES passou também por um grande desenvolvimento na parte ambulatorial, a partir da criação dos Ambulatórios de Anomalias do Desenvolvimento Sexual (1999), de Síndrome de Down (2000), de Osteogênese Imperfeita (2006) e de Oncogenética (2007). Devido à competência dos trabalhos neles desenvolvidos, o serviço ambulatorial de Genética Médica do HUPES passou a ser indicado pelo Ministério da Saúde como referência estadual. Ele passou também a fornecer, através de um convênio com a prefeitura de Salvador, aconselhamento genético para portadores de anemia falciforme. Sob a coordenação da dra. Maria Betânia Toralles, foi criado, em 2001, o Serviço de Informação sobre Agentes Teratogênicos (SIAT), que presta até hoje um serviço de grande relevância social, divulgando informações e orientações atualizadas e confiáveis sobre o tema para pesquisadores, médicos e para a população em geral. (FERRARI; AZEVÊDO, 2008)

## **BOX DE COVID-19**

No Brasil, o mapeamento genético do SARS-CoV-2 foi realizado, em fevereiro de 2020, através da parceria do Instituto Adolfo Lutz com o Instituto de Medicina Tropical da USP, sendo, inclusive, o primeiro sequenciamento de um caso da doença na América Latina. O grupo de pesquisadores liderado pelo dr. Claudio Tavares Sacchi e pela dra. Jaqueline Goes teve o apoio do Projeto Centro Conjunto Brasil – Reino Unido para Descoberta, Diagnóstico, Genômica e Epidemiologia de Arbovírus (CADDE) e utilizou também a inovadora tecnologia Nanopore – cuja patente é detida pela Universidade de Oxford – com a qual é possível ler e sequenciar a série nucleotídica do DNA quando ele passa por uma membrana de nanoporos eletricamente carregada. Para fazer o sequenciamento genético do vírus, o grupo fez uso de um equipamento portátil chamado MinION. Utilizado pela primeira vez

na descoberta do vírus transmissor da zika nas Américas, esse aparelho possibilita que o sequenciamento seja feito de forma mais rápida, mais barata e, portanto, mais eficiente. (TOLEDO, 2020)

## REFERÊNCIAS

AVERY, Oswald Theodore; MACLEOD, Colin M.; MCCARTY, Maclyn. Studies On the Chemical Nature of The Substance Inducing Transformation of Pneumococcal Types. Induction of Transformation by a Desoxyribonucleic Acid Fraction Isolated from Pneumococcus Type III. *The Journal of Experimental Medicine*, New York, v. 79, n. 2, p. 137-158, Feb. 1944.

CARLSON, Elof Axel. How Fruit Flies Came to Launch the Chromosome Theory of Heredity. *Mutation Research/Reviews in Mutation Research*, Amsterdam, v. 753, n. 1, p. 1-6, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mrrev.2013.03.001>. Acesso em: 16 jul. 2022.

CASTAÑEDA, Luzia Aurelia. *As idéias pré-mendelianas de herança e sua influência na teoria de evolução de Darwin*. 1992. Tese (Doutorado em Genética e Biologia Molecular) – Instituto de Biologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1992.

CORRÊA, Mariza. Nossos mulatos são mais exuberantes. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1099-1103, out./dez. 2008.

CROW, Ernest W.; CROW, James F. 100 Years ago: Walter Sutton and the Chromosome Theory of Heredity. *Genetics*, Austin, v. 160, n. 1, p. 1-4, Jan. 2002.

CÔRREA, Mariza. Nossos mulatos são mais exuberantes. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.1099-1103, out./dez. 2008.

DAHM, Ralf. Discovering DNA: Friedrich Miescher and the early years of nucleic acid research. *Human Genetics*, Berlin, v. 122, n. 6, p. 565-581, 2008.

DIETRICH, Ana Maria. *Nazismo Tropical? O partido nazista no Brasil*. 2007. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

EKAMPER, Peter *et al.* Independent and Additive Association of Prenatal Famine Exposure and Intermediary Life Conditions with Adult Mortality Between Age 18-63 Years. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 119, p. 232-239, Oct. 2014.

FELSENFELD, Gary. A Brief History of Epigenetics. *Cold Spring Harbor Perspectives in Biology*, Woodbury, v. 6, n. 1, 2014.

FERNANDES, Bianca da Silva. Cesare Lombroso e a teoria do criminoso nato. *Canal Ciências Criminais*, [s. l.], 11 ago. 2018. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.com.br/cesare-lombroso-criminoso-nato/>. Acesso em: 16 jul. 2022.

- 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. 2008.
- FERRARI, Nadir. Episteme: filosofia e história das ciências em revista. *Episteme*, Porto Alegre, n. 18, p. 7-18, 2004.
- FREITAS-SILVA, Luna Rodrigues; ORTEGA, Francisco Javier Guerrero. A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 765-786, 2014.
- GOODSTEIN, Judith R. The Thomas Hunt Morgan Era in Biology. *Engineering and Science*, [s. l.], v. 54, n. 4, p. 12-23, 1991.
- GRIFFITH, Fred. The Significance of Penumococcal Types. *Journal of Hygiene*, Cambridge, v. 64, n. 2, p. 129-175, 1966.
- GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. Controle genético da síntese de proteínas, do funcionamento celular e da reprodução celular. In: GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. *Tratado de fisiologia médica*. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. cap. 3, p. 27-44.
- HARARI, Yuval Noah. *Sapiens: uma breve história da humanidade*. Porto Alegre: L&PM, 2018.
- HARVEY, William; WILLIS, Robert. *The Works of William Harvey*. London: Printed for the Sydenham Society, Society, 1847.
- HEIJMANS, Bastiaan T. *et al.* Persistent Epigenetic Differences Associated with Prenatal Exposure to Famine in Humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Washington, v. 105, n. 44, p. 17046-17049, Nov. 2008.
- HERSHEY, Alfred D.; CHASE, Martha. Independent Functions of Viral Protein and Nucleic Acid in Growth of Bacteriophage. *The Journal of General Physiology*, New York, v. 36, n. 1, p. 39-56, May 1952.
- HOOD, Leroy; ROWEN, Lee. The Human Genome Project: Big Science Transforms Biology and Medicine. *Genome Medicine*, London, v. 5, n. 9, p. 79, Sept. 2013.
- IWATA, Takanori. PCR Detection and New Therapies for COVID-19. *Journal of Periodontal and Implant Science*, Seoul, v. 50, n. 3, p. 133-134, 2020.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Saudação de Ronaldo Ribeiro Jacobina a antecessora na cadeira nº 29, Eliane Elisa de Souza e Azevêdo*. Salvador: Academia de Medicina, 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: 25 jan. 2021.
- JENSEN, Jeffrey D. *et al.* The importance of the Neutral Theory in 1968 and 50 Years on: A Response to Kern and Hahn 2018. *Evolution*, Lawrence, v. 73, n. 1, p. 111-114, 2019.
- KAISER, Jocelyn. Mom's Environment During Pregnancy Can Affect Her Grandchildren. *Science*, Washington, 10 July 2014. Disponível em <https://www>.

sciencemag.org/news/2014/07/moms-environment-during-pregnancy-can-affect-her-grandchildren. Acesso em: 16 jun. 2022.

KAUNITZ, Jonathan D. The Discovery of PCR: ProCuRement of Divine Power. *Digestive Diseases and Sciences*, New York, v. 60, n. 8, p. 2230-2231, 2015.

LAUBICHLER, Manfred D.; DAVIDSON, Eric H. Boveri's Long Experiment: Sea Urchin Merogones and The Establishment of The Role of Nuclear Chromosomes in Development. *Developmental Biology*, San Diego, v. 314, n. 1, p. 1-11, Feb. 2008.

MAIA, Kenia Soares; ZAMORA, Maria Helena Navas. Brazil and the Racial Logic: From Whitening to the Production of Subjectivity of Racism. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 265-286, 2018.

MASEFONI, Joseane Caldas. *Uma história da hereditariedade*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Biológicas) – Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MACGREGOR, Robert B.; POON, Gregory M. K. The DNA Double Helix Fifty Years on. *Computational Biology and Chemistry*, Oxford, v. 27, n. 4/5, p. 461-467, 2003.

MOREIRA, Lilia Maria de Azevedo. Cora de Moura Pedreira (1915-2005). *Genetics and Molecular Biology*, Ribeirão Preto, SP, v. 28, n. 3, p. iii-iv, 2005.

MUKHERJEE, S. *O gene: uma história íntima*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2016.

OBLY, Robert. Gregor Mendel: Additional Information. In: BRITANNICA GROUP. *Encyclopedia Britannica*. Chicago, [200-]. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/Gregor-Mendel/additional-info>. Acesso em: 16 jul. 2022.

OHTA, Tomoko. Origin of the Neutral and Nearly Neutral Theories of Evolution. *Journal of Biosciences*, [Bangalore], v. 28, n. 4, p. 371-377, 2003.

PEREIRA, José Moreira *et al.* Avaliação de ensaio molecular para determinação de carga viral em indivíduos sorologicamente negativos para o HIV-1. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 21-23, 2002.

PLATÃO. *A República*. Tradução Ingrid Neves. Brasília, DF: Kiron, 2012.

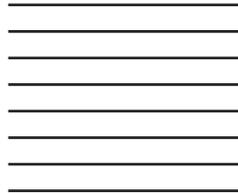
PRESTES, Maria Elice Brzezinski; MARTINS, Lilian Al-Chueyr Pereira. Antes de Mendel: Joseph Koelreuter e as pesquisas de hibridização de plantas. *Revista Genética na Escola*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 266-271, 2016.

PROVINE, William B. Alfred Henry Sturtevant and Crosses Between *Drosophila Melanogaster* and *Drosophila Simulans*. *Genetics*, Austin, v. 129, n. 1, p. 1-5, 1991.

ROLL-HANSEN, Nils. The Genotype Theory of Wilhelm Johannsen and its Relation to Plant Breeding and the Study of Evolution. *Centaurus*, Copenhagen, v. 22, n. 3, p. 201-235, 1979.

- RUDDLE, Frank H. Theophilus painter: First Steps Toward an Understanding of The Human Genome. *Journal of Experimental Zoology. Part A: Comparative Experimental Biology*, Hoboken, v. 301, n. 5, p. 375-377, May 2004.
- RUSH, Stephen G. Nettie M. Stevens and the Discovery of Sex Determination by Chromosomes, *Isis*, Chicago, v. 69, n. 247, p. 783-791, June 1978.
- SAMPAIO, Gabriela dos Reis; LIMA, Ivana Stolze; BALABAN, Marcelo (org.). *Marcadores da diferença: raça e racismo na história do Brasil*. Salvador: Edufba, 2019.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa M. *Brasil: uma biografia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- SEDGWICK, Willian T.; TYLER, Henry W. The Cell Theory. In: SEDGWICK, Willian T.; TYLER, Henry W. *A Short History of Science*. 2nd. ed. New York.: Macmillan, 1960. p. 428-429.
- SIMUNEK, Michal V.; HOSSFELD, Uwe. Mendel's Manuscript of 'Versuche über Pflanzenhybriden': The (Never) Ending Story. *Annals of the History and Philosophy of Biology*, Göttingen, v. 15, n. 2010, p. 323-338, 2012.
- SIRUGO, Giorgio; WILLIAMS, Scott M.; TISHKOFF, Sarah A. The Missing Diversity in Human Genetic Studies. *Cell*, Cambridge, v. 177, n. 1, p. 26-31, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.02.048>. Acesso em: 16 jul. 2022.
- SOUZA, Vanderlei Sebastião de. *A política biológica como projeto: a "Eugenia Negativa" e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932)*. 2006. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 331-391.
- TAN, Siang Yong; PETTIGREW, Kate. Severo Ochoa (1905-1993): The Man Behind RNA. *Singapore Medical Journal*, Singapore, v. 59, n. 1, p. 3-4, 2018.
- TJIO, Joe Hin; LEVAN, Albert. The Chromosome Number of Man. *Hereditas*, Lund, v. 42, n. 1/2, p. 1-6, 1956.
- TOLEDO, Karina. Tecnologia que sequenciou coronavírus em 48 horas permitirá monitorar epidemia em tempo real. *Jornal da USP*, São Paulo, 29 fev. 2020. Ciências da Saúde. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/tecnologia-que-sequenciou-coronavirus-em-48-horas-permitira-monitorar-epidemia-em-tempo-real/>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- WEILING, Franz. Historical Study: Johann Gregor Mendel 1822-1884. *American Journal of Medical Genetics*, Hoboken, NJ, v. 40, n. 1, p. 1-25, July 1991.





**17**

## **VACINAS: UMA VISÃO HISTÓRICA E SEUS DESAFIOS ÉTICOS, TÉCNICOS E GEOPOLÍTICOS**

*Lincoln Aramaiko*

*Ceuci de Lima Xavier Nunes*

*Janaína Ibele Carvalho Gomes*

*Lucas Oliveira Senna*

*Silvio Fraga da Silva*

### **INTRODUÇÃO**

Ao longo da história das civilizações, o homem pôde presenciar o advento e o aumento do sedentarismo, do convívio interpessoal e da proximidade entre os núcleos sociais, o que proporcionou a troca de conhecimentos e culturas, mas também, contribuiu para a aparição e disseminação de doenças. De fato, a exploração e a conquista de novas terras, bem como o contato entre grupos que habitavam

continentes antes tidos como isolados geograficamente, globalizou enfermidades e contribuiu para a ocorrência de grandes pestes, epidemias e pandemias.

O processo do adoecimento pode tirar do ser a possibilidade natural do desenvolvimento individual e coletivo, com isso, tornar o corpo humano imune a uma determinada doença é uma ideia que evoluiu no pensamento humano e nas perspectivas científicas, ao longo de séculos. A vacinação, em algum momento da história, se alinha com outros interesses que vão além do cuidado à saúde do indivíduo, ao se inserir no desenvolvimento socioeconômico das sociedades globais.

Por certo, a origem da primeira vacina tem a história vinculada a necessidade de prevenção e contenção de enfermidades. Nesse contexto, dentre as várias doenças que afetaram e afetam a população mundial, levando vidas e causando temor, tem-se a varíola como a chave e a inspiração para a invenção da vacina. Dessa maneira, é importante conhecer um pouco sobre a trajetória histórica desta moléstia para compreender a necessidade da criação de tal método de imunização ativa.

## A VARIÓLA

A varíola é uma infecção causada pelo vírus *Orthopoxvirus variolae*, da família *Poxiviridae*, considerada erradicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde os anos 1980. Essa enfermidade foi responsável por epidemias registradas em todo o mundo entre os séculos X e XX, tendo sua origem incerta. Apesar de não existirem registros concretos da doença antes da era cristã, lesões cicatriciais encontradas em múmias datadas entre os anos de 1580 e 1100 a.C. sugerem a sua presença, porém, segundo Henrik Poinar, diretor do centro de DNA Antigo da Universidade de McMaster, tais achados em mumificados podem ser considerados duvidosos se for levado em consideração a semelhança das lesões provocadas pela varíola, catapora e sarampo.

Decerto, o surgimento de populosas cidades evidenciou a presença de doenças como a varíola. Margeando os rios Nilo no Egito, Tigre e Eufrates na Mesopotâmia, Ganges na Índia, e os rios Amarelo e Vermelho da China, aglomerados sociais passaram a testemunhar infecções em massa. Assim, essa doença de causas desconhecidas para a época se espalhou pela Europa, Ásia e África por meio de, principalmente, mercadores, viajantes e conquistadores. Nas Américas, o vírus foi introduzido pelos colonizadores europeus e chegou a dizimar populações nativas inteiras.

A varíola aportou na América do Norte no ano de 1519 junto com o explorador espanhol Hernán Cortés (1485-1547) que ficou famoso pelo domínio da capital Asteca e de seu poderoso império. A queda da imponente Tenochtitlán é um acontecimento marcante na história da infecção variólica. Esta cidade foi tomada pelos espanhóis em 1521 durante uma investida bem sucedida que contou com uma ver-

dadeira guerra biológica simultânea aos confrontos bélicos. Como consequência, os colonos eliminaram boa parte dos nativos, enfraquecendo a resistência e consagrando a conquista brutal. (WATTS, 1997)

A doença viral também atingiu o Império Inca, exterminando grande parte da população, inclusive, o imperador Huayna Capac (1467-1525) e seus herdeiros, instalando uma crise imperial que abriu as portas para o conquistador e explorador espanhol Francisco Pizarro (1476-1541). (WATTS, 1997) Essa moléstia viajante também desembarcou na porção da América do Norte onde hoje estão localizados os Estados Unidos da América, permanecendo na costa leste até o século XVII e chegando até a costa oeste no século XVIII por meio da Corrida do Ouro. (SMALLPOX..., 1987) Já na América do Sul, o primeiro surto registrado data do ano de 1555, introduzido por colonos franceses no território do atual estado do Maranhão. (CHALHOUB, 1996)

A varíola, conhecida popularmente no Brasil como “bexiga”, afetou gravemente os escravizados durante muitos séculos. Endêmica na África, ela desembarcou em diversos portos da colônia portuguesa transportada juntamente com os indivíduos retirados à força de suas terras de origem. Certamente, compartilhar o convés e o porão das embarcações com a doença agravava as condições sub-humanas da viagem. Os cativos, ao mesmo tempo que eram vítimas da crueldade dos colonos, que os tratavam como mercadorias, também eram alvos da temida infecção e, por fim, acabavam contribuindo para a sua disseminação. (GURGEL, 2011)

Por certo, o tráfico humano era apenas uma das formas de contaminação existentes no Brasil Colônia. A varíola também foi utilizada de maneira proposital para adquirir vantagem nas disputas de terras contra os nativos, através da introdução dos “bexigentos” nas proximidades das áreas a serem disputadas, com objetivo de infectar os alvos, por meio de pertences contaminados, e enfraquecer a resistência. Infelizmente, esse método foi reproduzido em várias regiões da América portuguesa. (FREYRE, 2019)

No decorrer dos séculos XVII e XVIII, a varíola provocou alvoroço e preocupação por ter afetado diversos membros de famílias reais, a exemplo de: a rainha Maria II da Inglaterra (1662-1694); o imperador José I da Áustria (1678-1711); o rei Luís I de Espanha (1707-1724); o czar Pedro II da Rússia (1715-1730) e o rei francês Luís XV (1710-1774). Assim, ficou claro que nenhum nível social estava imune e que tal mal deveria ser uma preocupação de todos. (DIXON, 1962) Por conseguinte, o interesse em combater a infecção, que chegava a matar cerca de 400 mil europeus por ano no final do século XVIII, ficou cada vez mais forte. (SMALLPOX..., 1987)

Diante desse contágio em massa, a epidemia da varíola também se tornou uma ameaça socioeconômica. Quando a doença chegava aos centros urbanos e econômicos, vitimando trabalhadores e reduzindo a mão de obra estratégica para a

agricultura e o comércio entre as nações, ela abalava os pilares de poderosos que ainda se sentiam invulneráveis. Logo, o combate da doença passou a interessar o poder público-administrativo, o que ajudou a popularizar técnicas como a variolização.

## VARIOLIZAÇÃO

De acordo com Tucídides (460-400 a.C.), em *A história da guerra do Peloponeso*, ocorrida entre os anos 430 e 404 a.C., os sobreviventes da tão temida enfermidade, que hoje é conhecida como varíola, sentiam pena daqueles que também a adquiriam, dado o risco eminente de morte. Tais sobreviventes também expressavam uma grande sensação de segurança por saberem que não iriam contrair novamente a doença, e mesmo assim, se isso ocorresse, não sofreriam tanto quanto da primeira vez. (TUCÍDIDES, 2001)

A obra do historiador grego traz indícios da presença da varíola nas sociedades desde antes da era cristã e indicativos de um conhecimento popular relativo à proteção conquistada pelos curados após a infecção. Relatos como esse revelam a sabedoria observacional do homem que contribuiu para a criação de técnicas milenares de proteção, como a variolização, prática simples que antecedeu a criação da primeira vacina da história e tinha como meta contaminar de forma controlada para a aquisição de imunidade parcial e/ou plena.

A variolização consistia, basicamente, em inocular nas pessoas saudias o material derivado de lesões de pele retiradas de pacientes com quadros brandos da doença e que estivessem em fase de recuperação. O objetivo principal, enfim, era fornecer a tão almejada resistência contra a varíola. Apesar de ser bastante conhecida como uma criação milenar chinesa, existem divergências relacionadas a sua origem. O que de fato se sabe é que essa técnica foi muito utilizada na Ásia, África, Oriente Médio e Europa. (FERNANDES, 2003)

O objetivo da técnica era um só, a proteção contra a enfermidade, mas cada território a realizava de maneira adaptada, de acordo com a sua própria cultura. Como exemplo, em tribos do continente africano a variolização era feita de forma ritualística e é provável que a cultura de tal ritual garantiu imunidade para muitos cativos, o que conteve os contágios e fez com que a quantidade de vítimas da doença não fosse ainda maior, tanto na África, quanto na América colonial, local de algumas das principais rotas de tráfico humano do século XVII ao XIX. (FERNANDES, 2003)

Segundo Soares (2018), existem evidências de que a escritora inglesa Mary Wortley Montagu (1689-1762), a Lady Montagu, tenha sido a precursora dessa técnica no território britânico. Ela, que era casada com o embaixador do Império Otomano Edward Montagu (1678-1761), possivelmente tomou conhecimento des-

sa prática através do contato de seu marido com os turcos. Porém, também existe a possibilidade de que a aristocrata a tenha conhecido através de médicos filiados à Royal Society, conhecedores do método de inoculação chinês.

Lady Montagu conseguiu influenciar diversos experimentos, o que popularizou a inoculação, incentivou a publicação de vários artigos e a ocorrência de fortes discussões sobre o tema durante o século XVIII. Dentre os artigos publicados nesse período um foi escrito pela própria Montagu, mas teve a autoria anônima devido ao preconceito sexista que impedia a participação de mulheres na ciência. Também é importante destacar o argumento de que o método não possuía caráter científico e o preconceito orientalista que alimentava a desconfiança no meio acadêmico. (DURÃES; OLIVEIRA; MONTEIRO, 2019)

A variolização também foi empregada em colônias inglesas da América do Norte e teve resultado satisfatório em meados de 1727. A crença de que o método, apesar de arriscado, reduzia o risco de morte dava muita esperança aos que o utilizavam, porém, a possibilidade do descontrole da técnica com agravo da situação era um fato que deixava muitas pessoas temerosas. (DUFFY, 1972) Hoje em dia esse medo pode ser justificado de forma científica, pois a inoculação de um material contaminado por um vírus sem atenuação da sua virulência pode ser fatal. (FERNANDES, 2003)

Mesmo após a criação da primeira vacina da história, a variolização permaneceu popular e continuou a ser adotada em vários continentes. No Brasil, a demora de alguns anos para a chegada da vacina de Jenner, apesar dos esforços do governo para garanti-la, fez com que a campanha de imunização por meio da variolização fosse intensificada com o intuito de tentar reduzir a infecção variólica. É válido destacar que dados brasileiros mais precisos relacionados a este período são difíceis, pois no país o termo “vacinação” era utilizado para referir três tipos distintos de imunização, a inoculação, a variolização e a vacina jenneriana. (FERNANDES, 2003)

## **EDWARD JENNER E A CRIAÇÃO DA PRIMEIRA VACINA**

No final do século XVIII, o médico inglês Edward Jenner (1749-1823), membro da Royal Society, instituição dedicada à promoção do conhecimento científico fundada em Londres no século XVII, passou a investigar com maior profundidade a varíola. No seu estudo ruralista, Jenner pôde observar a relação entre a varíola humana e a bovina tomando como base um conhecimento popular. De acordo com os relatos dos fazendeiros, as vítimas da versão bovina da varíola, conhecida como *cowpox*, adquiriram imunidade contra a humana.

Provavelmente, a primeira inoculação intencional da varíola bovina com o objetivo de prevenção da forma que afetava os homens tenha ocorrido em 1774

no condado de Dorset, Inglaterra, realizada pelo fazendeiro da vila de Yetminster, Benjamin Jesty (1736-1816) em membros de sua própria família. Fatos como este podem ter influenciado diretamente a pesquisa de Jenner e despertado ainda mais o seu interesse sobre o assunto. (FERNANDES, 2011; SILVA, 2015) Apesar das evidências sugeridas e relatadas pelos ruralistas ingleses, eram necessários estudos para a verificação do método, e assim foi feito.

Para melhor compreensão da relação entre as duas doenças, ambas têm em comum a família do agente etiológico, a *Orthopoxvirus* e o gênero *Poxviridae*. As manifestações cutâneas com erupções/pústulas também são semelhantes, porém, as da varíola bovina são pequenas e acompanhadas por sintomas leves, enquanto a da humana evolui com diversos agravos, podendo deixar sequelas e levar à morte.

A *cowpox* contaminava os ordenhadores durante o manejo dos animais por meio do contato entre as pústulas de vacas doentes e ferimentos presentes nas mãos dos fazendeiros. Portanto, a contaminação homem-animal era clara e então, Edward Jenner passou a estudar se realmente existia a possibilidade dos indivíduos que já haviam tido a bexiga bovina adquirir imunidade contra o vírus humano. Para isso, o médico propôs experimentos envolvendo essas duas versões da doença.

Era necessária a seleção de alguém sem contatos prévios com a varíola humana e bovina para a participação nos testes e um menino com oito anos de idade de nome James Phipps (1788-1853) foi selecionado. As fases desse estudo envolviam contato direto da cobaia com os agentes causadores das doenças. Durante a primeira etapa de teste, o médico colheu material purulento de uma lesão causada pela *cowpox* na ordenhadeira Sarah Nelmes, inoculou no garoto e acompanhou a evolução de seu quadro clínico durante alguns dias. A criança, como esperado, adquiriu uma forma leve de infecção e obteve recuperação rápida. (SMALLPOX..., 1987)

Levando em consideração a provável imunidade adquirida pela criança após a primeira etapa do experimento, Jenner inoculou a varíola humana em Phipps. Como resultado, ele não apresentou nenhum sintoma, demonstrando na prática, pela primeira vez, o que o conhecimento popular e as observações de Jenner haviam sugerido. O médico prosseguiu com os seus estudos e testes, repetindo o processo em indivíduos sadios. Foram duas décadas de pesquisas até que, no ano de 1796, Jenner começasse a ministrar a primeira vacina da história na cidade inglesa de Gloucestershire. (LICHTENTHAELER, 1978)

Em 1798, o estudo de Edward Jenner foi publicado com o título “An inquiry into the causes and effects of the variolae vaccinae”.<sup>1</sup> Contudo, a vacina enfrentou

---

1 “Uma investigação sobre as causas e efeitos das vacinas contra varíola”.

críticas do meio científico e uma resistência popular baseada em, principalmente, convicções religiosas e filosóficas. (SCHATZMAYR, 2001) Além disso, o fato desse método de imunização ser oriundo de material animal gerava muita desconfiança. Para tentar solucionar a problemática, o médico desenvolveu uma alternativa que ficou conhecida como vacina humanizada, produzida a partir da introdução de pústulas dos já vacinados na pele de outras pessoas. Entretanto, os seus efeitos adversos, como a possibilidade de transmissão de outras doenças durante a técnica, fizeram com que ela não fosse conveniente. Assim, posteriormente, a vacina animal foi aprimorada adquirindo maior confiabilidade. (FERNANDES, 2003)

### **TRAJETÓRIA DA VACINAÇÃO NO BRASIL: A LINHA DO TEMPO DA CIÊNCIA EM FUNÇÃO DA VIDA**

O médico e historiador Lycurgo Santos Filho (1910-1998) em sua obra *História geral da medicina brasileira* (1991) relata que a introdução da vacina no Brasil se dá no ano de 1804, quando o político e militar mineiro Felisberto Caldeira Brant Pontes de Oliveira Horta (1772-1842), conhecido pelo título nobre de Marquês de Barbacena, patrocinou uma viagem de sete escravos à Europa, onde os cativos foram inoculados com o pus vacínico, e daí trouxeram a tão esperançosa vacina jenneriana, que vinha rapidamente ganhando popularidade entre as províncias mundiais. Quando os enviados retornaram ao país com o imunizante, o marquês foi, inclusive, o primeiro a receber a dose. O alcance da vacina vinha crescendo, e já em 1805 se tornava obrigatória em diversos países.

Em 4 de abril de 1811, já com a família real portuguesa instalada no Brasil, o príncipe regente d. João VI (1767-1826) criou a Junta da Instituição Vacínica da Corte com o objetivo de propagar a vacina antivariólica. O Período Joanino foi de grande valia para o estabelecimento da vacinação contra a varíola no Brasil.<sup>2</sup> (INSTITUTO..., [202-]) O Rio de Janeiro e outras cidades do país tornaram-se palco para sucessivas epidemias de doenças pestilenciais e de massa, que ganharam notável expressão, demandando maior atuação da atenção pública, sobretudo com crescimento do comércio marítimo, que proporcionou a abertura de novos portos brasileiros e permitiu a entrada de outras enfermidades contagiosas, além da varíola.

---

2 Uma das motivações que levou d. João VI a estimular a propagação da vacina antivariólica no país foi o fato de que seu irmão mais velho e primeiro herdeiro do trono de Portugal, d. José de Bragança, faleceu em decorrência da varíola em 1788, aos 27 anos de idade. A mesma doença também vitimou um dos filhos do monarca com sua esposa Carlota Joaquina (1775-1830), e a imperatriz, por sua vez, também sofria de sequelas da varíola, tendo pelo corpo cicatrizes das feridas causadas por esta.

Em 1832 é estabelecida a primeira legislação de obrigatoriedade da vacina no Brasil, restrito a crianças “de qualquer cor”, e prevendo a aplicação de multa para o caso de desobediência. No entanto, a adesão pela população não foi significativa (INSTITUTO..., [202-]), certamente pela ausência de uma efetiva campanha para a vacinação. A indução para a vacina era muito mais documental/teórica que prática, e não obtinha o alcance necessário justamente por não ser um ato educativo que contemplasse a população mais desassistida, que era bastante expressiva no período colonial. A maioria dos indivíduos não tinha acesso à informação – muitos sequer sabiam ler – e isso certamente constituía barreiras para o alcance pretendido.

Na Bahia, membros da Escola Tropicalista da Bahia (ETB) se destacaram na compreensão contagiosa das epidemias de febre amarela e cólera morbo, que ocorreram nos anos de 1849 e 1855, respectivamente. Ambas foram alvo de trabalhos dos líderes da ETB, principalmente Paterson e Wucherer, os quais estabeleceram estudos que definiram o caráter de contágio e de diagnóstico das doenças supracitadas, mesmo sendo esses contestados por grande parte da categoria médica baiana da época. (JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008)

Além da febre amarela e cólera, frequentes epidemias de varíola vinham assolando a cidade do Rio de Janeiro ao longo das décadas. Especialmente em 1834, 1835 e 1878, a doença infecciosa vitimava o acumulado de milhares de pessoas, perfazendo 47% das causas de morte locais, e essa taxa tendia a crescer, alcançando a marca de impressionantes 20 óbitos, diariamente. Os afligidos eram sobretudo aqueles que viviam em locais com pouca ou nenhuma condição sanitária adequada. (FERNANDES, 1999)

Em 1887, além de um novo surto epidêmico, chegou uma boa notícia ao Brasil: finalmente foi introduzida no país a vacina antivariólica animal, através do médico e professor carioca dr. Pedro Affonso de Carvalho Franco (1845-1920), que, enquanto diretor do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, já vinha tentando reproduzir o imunizante para combater o vírus. O êxito foi obtido apenas quando a inoculação foi feita em vitelos, a partir de uma polpa glicerinada, vinda do Instituto Chambon de Paris. Com isso, a vacinação animal no Rio de Janeiro, sob a responsabilidade de Franco, passa a ser uma ação da Inspetoria Geral de Higiene, em 1888. O ano também ficou marcado pela instalação do Instituto Vacinogênico da então capital federal. (INSTITUTO..., [202-])

No dia 15 de novembro de 1889, através de um golpe de Estado político-militar contra o Império, é proclamada a República no Brasil, instaurando o presidencialismo. O governo, já no mês seguinte, determinava a obrigatoriedade da vacina em crianças de até 6 meses. (INSTITUTO..., [202-]) O cenário socioeconômico do início da República era inédito na história do país, visto que, no ano anterior, ocorreu a abolição oficial da escravidão. Mas, sem qualquer planejamento de integração

social, milhares dos ex-escravizados foram abandonados à própria sorte, partindo para os centros urbanos, em busca de sobrevivência; esse cenário acarretou numa urbanização equivocada, formando aglomerações nos cortiços e sob condições insalubres. Além disso, a densidade demográfica brasileira recebe o impacto da imigração, através da importação de mão de obra europeia e, por consequência, a entrada de novas doenças transmissíveis no Brasil.

No estado de São Paulo, em 1899, a partir do porto de Santos, um surto de peste bubônica passa a atingir a população, e diante da nova epidemia, a administração estadual viu a necessidade da criação de uma instituição pública capaz de produzir o soro antipestoso. Isso foi possível através do Instituto Serumtherapico, por iniciativa do então governador Rodrigues Alves (1848-1919), em fevereiro de 1901. A sede da entidade foi erguida no terreno da Fazenda Butantan, tendo como primeiro diretor o médico mineiro Vital Brazil (1865-1950), cientista de renome internacional. Na ocasião, ele era vinculado ao Instituto Bacteriológico, dirigido à época por Adolfo Lutz (1855-1940).

Dando continuidade às suas atividades no Rio de Janeiro, o Barão de Pedro Affonso elaborou, em 1894, o projeto de um instituto vacinogênico de caráter mais técnico, que seria responsável pelo serviço de vacinação contra a varíola na cidade, criado assim o Instituto Vacínico Municipal do Rio de Janeiro. Nele, em 1899, ocorreu a primeira produção do soro contra a peste negra, cuja quantidade de casos da doença vinha crescendo. Então, em 25 de maio de 1900 nascia o Instituto Soroterápico do Rio de Janeiro, que logo depois passaria a ser Instituto Soroterápico Federal;<sup>3</sup> sua sede foi construída no bairro Inhaúma, na Fazenda Manguinhos. (INSTITUTO..., [202-])

O instituto, que foi a primeira entidade brasileira a produzir o soro no Brasil, teve como diretor técnico o jovem médico bacteriologista paulistano Oswaldo Gonçalves Cruz (1872-1917), recém-chegado de uma especialização no Instituto Pasteur, em Paris, onde foi discípulo do médico bacteriologista e imunologista francês Émile Roux (1853-1933). O cientista brasileiro se tornaria uma personalidade fundamental para a história da vacinação no país. Em outubro do mesmo ano os laboratórios do instituto já produziram a primeira leva do soro antipestoso para o combate à bactéria *Yersinia pestis*. (INSTITUTO..., [202-])

A partir de dezembro de 1902, Oswaldo Cruz assume a direção do Instituto Soroterápico, após divergências técnicas e administrativas setoriais com o Barão de Pedro Affonso, que até então ocupava o cargo e pediu exoneração. Nesse mesmo ano, Rodrigues Alves assumiu a presidência da República, prometendo promover o saneamento da capital federal, requalificação urbana e a modernização dos por-

---

3 Futura Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

tos. No ano seguinte, Cruz já assume como diretor-geral de Saúde Pública, cargo que ocupou até 1909. Com esse feito, o sanitarista deu início a uma série de atos para uma intensa reforma sanitária na capital, no intuito de combater os três principais males que tomavam conta da cidade: a febre amarela, a peste bubônica e a mais que conhecida, varíola. (INSTITUTO..., [202-])

Apelidada de “Bota-Abaixo”, uma ação do governo comandada pelo prefeito Pereira Passos (1836-1913), promoveu a desapropriação e demolição dos cortiços, becos e ruelas, a fim de ampliar espaços públicos. No entanto, apesar dos esforços, ocorreria uma nova epidemia de varíola no Rio de Janeiro, vitimando cerca de 3.500 pessoas, apenas no ano de 1904. (INSTITUTO..., [202-]) A situação grave da Saúde Pública foi o pivô para que o governo enviasse ao Senado um anteprojeto de lei instituindo a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola para todas as pessoas, independentemente da idade. Então, em 31 de outubro daquele ano, foi sancionada a Lei nº 1.261, que já no seu artigo 1º diz: “A vacinação e revacinação contra a varíola são obrigatórias em toda a República”. (BRASIL, 1904)

## **A REVOLTA DA VACINA: ASPECTOS POLÍTICOS E SOCIAIS DA INSURREIÇÃO**

A chegada da vacina contra varíola ao Brasil estava completando exatos 100 anos em 1904. E agora, amparado juridicamente, Oswaldo Cruz pôs em vigor o novo Código Sanitário, denominado pejorativamente pelos jornais de oposição ao governo como “código de torturas”. Diversos senadores se opuseram duramente à lei de vacinação obrigatória, dentre eles, Lauro Sodré (1858-1944), tenente-coronel do Exército e Barata Ribeiro (1843-1910), médico.

Sodré não se manifestava diretamente contra a vacina, mas sim contra a compulsoriedade dela, argumentando que não via necessidade de uma medida tão extrema e de tamanha violência, algo que iria expor os cidadãos ao vexame. Para ele, a simples disseminação do imunizante bastava. Já na visão de Barata Ribeiro, a lei cercearia os direitos e liberdades dos indivíduos, por isso o governo não deveria se intrometer na questão. O médico ainda questionou a eficácia da inoculação dizendo não haver, até aquele momento, a efetiva comprovação científica que respaldasse a sua aplicação.

O que na verdade estava ocorrendo era uma série de interesses escusos desses opositores, que pretendiam mesmo promover um levante contra o presidente Rodrigues Alves e o prefeito Pereira Passos. Por baixo dos panos, um golpe de Estado estava sendo orquestrado, a fim de implantar uma ditadura militar ao estilo florianista.

Os oportunistas, que eram minoria política, se aproveitaram da questão de saúde pública e deliberadamente incitaram a população carioca a se rebelar con-

tra a medida e, conseqüentemente, contra o governo. Sodré fundou, no dia 5 de novembro, durante uma reunião no Centro das Classes Operárias, a Liga Contra a Vacinação Obrigatória, pretendendo embargar a lei federal através da máxima resistência. O discurso mais acalorado, porém, foi o de Barata Ribeiro, dizendo que não permitiria que os vacinadores adentrassem a sua casa, e se isso ocorresse, seria só “por cima do seu cadáver”. Indo além, o senador disparou: “Aconselho ao povo que resista até a morte!”.

Os métodos para estimular a população à rebeldia foram dos mais clichês e grotescos possíveis, mas que ainda assim surtiram efeito. Recorreram aos antigos discursos, já utilizados pelos movimentos antivacina dos séculos XVIII e XIX, e espalharam teorias da conspiração e apelando para o artifício de produzir o medo, proferindo que a vacina na verdade seria um veneno e causaria a varíola ao invés de curá-la. Era comum dizer que pessoas estranhas invadiriam suas residências e violariam seus corpos, de suas esposas e filhos; o artifício, afinal, era sempre gerar o desespero.

Tendo grande parcela na conclamação à rebelião e responsável por propagar as ideias oposicionistas, os veículos de comunicação renunciariam à imparcialidade para defender os interesses dos seus donos, a exemplo do jornal *O Comércio do Brasil*, de propriedade de Alfredo Varela, que diariamente dedicava uma coluna de suas páginas para desaprovar a iniciativa do governo. A revista *O Malho*, conhecida por suas sátiras sobre política, publicou inúmeras charges, todas muito bem elaboradas e criativas, geralmente criticando as medidas impostas por Oswaldo Cruz.

No dia 9 de novembro o jornal *A Notícia* publica o projeto de regulamentação da lei de obrigatoriedade da vacinação, sendo o estopim para a indignação popular.

O regulamento era extremamente rígido, abrangendo desde recém-nascidos até idosos, impondo vacinações, exames e reexames, ameaçando com multas pesadas e demissões sumárias, limitando os espaços para recursos, defesas e omissões. O objetivo era uma campanha massiva, rápida, sem quaisquer embaraços e fulminante: o mais amplo sucesso, no mais curto prazo. Não havia qualquer preocupação com a preparação psicológica da população, de quem só se exigia a submissão incondicional. Essa insensibilidade política e tecnocrática foi fatal para a lei da vacina obrigatória. Infelizmente, não só para ela. (SEVCENKO, 2013, p. 10)

Com o caos instaurado, é deflagrada a Revolta da Vacina, motim também conhecido pela alcunha de “Quebra-Lampiões”. Durante uma semana, o vandalismo tomou conta das ruas cariocas, com autoridades intervindo duramente:

- 10 de novembro: Ocorrem as primeiras reuniões públicas dos antivacina na Rua do Ouvidor, na Praça Tiradentes e no Largo São Francisco de Paula, mesmo após proibição explícita de atos do tipo. A brigada policial repreende e há confronto, tendo alguns manifestantes presos. Mas este era só o começo;
- 11 de novembro: A Liga contra a Vacinação Obrigatória promove um comício no Largo São Francisco de Paula, sendo que seus próprios líderes não compareceram. A polícia e militares intervêm, e mais uma vez ocorre confusão de enorme proporção, a base de tiros, pauladas e pedradas; a agitação se espalha por outros bairros, com ações cada vez mais violentas. O confronto cessa com a morte do primeiro popular;
- 12 de novembro: Uma passeata organizada pela Liga contra a Vacinação Obrigatória mobilizou em torno de 4 mil pessoas até o Palácio do Catete. Era essa a oportunidade de os opositores tentarem enfraquecer o governo;
- 13 de novembro: Multidões tomam conta da Praça Tiradentes, onde bondes são apedrejados, derrubados e incendiados, e lâmpadas da iluminação pública são quebrados. Há muita troca de tiros, resultando em mais mortos e feridos. Uma verdadeira batalha de sangue envolvendo a polícia, Exército e os populares;
- 14 de novembro: Há uma tentativa fracassada de golpe de Estado contra Rodrigues Alves, que por sua vez não se acovardou e usou as Forças Armadas a seu favor. Golpistas e tropas governamentais se enfrentam, e os rebeldes se rendem. Enquanto isso, a guerra continua por toda a cidade. O chefe de polícia emitiu um comunicado convidando os cidadãos a deixarem as ruas, sob pena de serem rigorosamente reprimidos, mas de nada adiantou. A segurança de alguns órgãos públicos foi altamente reforçada, mas delegacias de polícia, fábricas, lojas e centros de saúde foram atacados e invadidos, e os cadáveres estavam se amontoando por todos os cantos;
- 15 de novembro: Os saques e arrastões eram frequentes ao gasômetro e nas lojas de armas. Grande parte das agitações concentrava-se no bairro da Saúde,<sup>4</sup> tornando-se uma espécie de abrigo dos amotinados. A delegacia local havia sido saqueada e os moradores de lá foram espoliados de suas casas. Considerado como o líder da sedição na Saúde e tido como símbolo da luta contra o governo, o capoeirista e estivador Horácio José da

---

4 Curiosamente apelidado de Porto Arthur, fazendo alusão à fortaleza russa da Batalha de *Port Arthur*, referente à guerra russo-japonesa de 1904.

Silva, mais conhecido como Prata Preta, comandou as barricadas montadas para combater as forças policiais;

- 16 de novembro: Ainda na Saúde, os tumultos persistiam, sendo ele considerado o “último reduto dos anarquistas”, e trincheiras eram formadas com sacos de areia e materiais improvisados; os insurgentes resistiam armados o quanto podiam, constituindo um ambiente de total destruição. O bairro foi “invadido” por tropas do Exército e da Marinha, e Prata Preta foi preso juntamente com vários outros revoltosos.

Recorrendo a sensatez, o governo viu que a melhor alternativa seria revogar a obrigatoriedade da vacinação – na verdade ela continuou sendo legalmente obrigatória, mas foi feita vistas grossas a sua aplicação – e assim, o movimento refluí até ser completamente dispersado e a tranquilidade ia pairando novamente na rotina carioca. Era o fim da Revolta da Vacina.

Nos dias que se seguiram, ainda houveram poucos casos isolados de subversão, como em 18 de novembro, tendo alguns vitimados, mas no geral a arruaça estava controlada. Como resultado da sublevação, foram contabilizados 30 mortos, 110 feridos e 945 presos na Ilha das Cobras (RJ), e destes 461 foram deportados para o Acre (inclusive Prata Preta).

Anos mais tarde, mais precisamente em 1908, houve um derradeiro surto de varíola novamente no Rio de Janeiro, e os cidadãos, agora conscientes de que a vacina salvará suas vidas, compareceram em massa aos postos de vacinação para serem imunizados.

Em 1907, como resultado daquele árduo trabalho iniciado anos antes, a febre amarela é erradicada do Rio de Janeiro. O Instituto Soroterápico Federal passa a se chamar Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, sendo rebatizado em 1908 como Instituto Oswaldo Cruz, que, em 1919, tem incorporado em sua estrutura o Instituto Vacínico Municipal sob a denominação de Instituto Vacínico Federal. O Instituto Oswaldo Cruz passa, em 1922 (cinco anos após o falecimento do herói que nomeia a instituição), a produzir em seus laboratórios, a vacina contra a varíola.

Com a erradicação da febre amarela na capital e o controle da varíola aparentemente tomando rumo, agora era necessário resolver outro problema de caráter milenar que assolava a humanidade: a tuberculose. Em 1925 o médico microbiologista soteropolitano Arlindo Raymundo de Assis (1896-1966) recebeu, através bacteriologista uruguaio Júlio Elvio Moreau, uma cultura de BCG (bacilo de Calmette-Guérin) proveniente do Instituto Pasteur, e a partir desta desenvolveu, na então Liga Brasileira Contra a Tuberculose,<sup>5</sup> a vacina para combater a

5 Em 1936 passaria a se chamar Fundação Ataulpho de Paiva, em homenagem ao seu presidente, o advogado carioca Ataulfo Nápoles de Paiva (1867-1955).

doença causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch). Em 1927 já ocorreria a primeira vacinação via oral com o imunizante. Era o início da vitória na luta contra a peste branca.

Na década de 1930, houve novos casos de febre amarela no Rio de Janeiro, evidenciando a necessidade de uma proteção efetiva contra a doença viral. Assim em 1937, quando a Fundação Rockefeller inaugurou, nas dependências do Instituto Oswaldo Cruz, o Laboratório do Serviço Especial de Profilaxia da Febre Amarela, desenvolveu a vacina contra febre amarela<sup>6</sup> no Brasil, sendo o responsável pelo feito o médico imunologista carioca Henrique de Azevedo Penna (1901-1985), que em suas pesquisas descobriu a genealogia da cepa vacinal.

Mas, nem tudo saiu como o esperado, em 1940 a vacina contra a febre amarela foi considerada de baixa eficácia, resultando na necessidade de exterminar o mosquito vetor *Aedes aegypti*. Foi então que foram desenvolvidas táticas no intuito de evitar as epidemias e a propagação do vírus entre cidades, consistindo em: inspeção vetorial com uso de inseticidas, na viscerotomia de amostras do fígado para descoberta de casos da doença e por fim, na vacinação em larga escala. O empenho da medida resultou na erradicação da febre amarela urbana no Brasil, em 1942.

O Brasil figurava, até o começo da década de 1960, como a única nação do continente americano onde a varíola ainda era endêmica. Os esforços da atuação de Oswaldo Cruz no começo do século foram, sem dúvidas, bastante significativos; no momento também estava disponível a vacina fabricada pelo próprio Instituto Oswaldo Cruz, mas tais fatores não foram o suficiente para erradicar a doença. A fim de reverter a situação, o país atendeu a recomendações da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), criando assim a Campanha Nacional contra a Varíola (CNCV), órgão que juntamente com o Ministério da Saúde, ambicionava um plano de vacinação em massa da população, onde pretendia-se que num prazo de dois meses, toda a pátria deveria estar vacinada. (FERNANDES; CHAGAS; SOUZA, 2011)

Considerando a nossa extensão territorial, dificuldade de acesso e disponibilidade de recursos, a intenção chegava a ser utópica, mas foi de extremo valor para a educação sanitária. Ainda assim, a meta não viria a ser alcançada, e a CNCV foi substituída, em 1966, pela Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), introduzindo um novo conceito de vigilância epidemiológica no país. Coordenada pelo médico sanitário araraquarense Cláudio do Amaral Júnior (1934-2019), a estratégia da campanha consistia na educação em saúde de cada indivíduo, consolidando a importância da imunização para a proteção, com intensa divulgação

---

6 Cabe mencionar o trabalho do médico carioca Domingos José Freire Junior (1842-1899), que desenvolveu pesquisas acerca da febre amarela, publicando trabalhos que envolviam a etiologia, origem, tratamento e o desenvolvimento de uma vacina para a doença.

através dos veículos midiáticos, material publicitário e apelando para a influência de pessoas públicas. A vacinação passou a ser realizada tanto de casa em casa, como nos postos de saúde, e o resultado foi um verdadeiro sucesso em todo o território nacional. Tendo cumprido o seu papel quase que por completo, a CEV foi extinta em 1970.<sup>7</sup> (FERNANDES; CHAGAS; SOUZA, 2011)

Os últimos 19 casos de varíola no Brasil são apontados em abril de 1971 na Vila Cruzeiro, bairro da Penha (RJ). A partir de então, novos casos não seriam notificados. (SCHATZMAYR, 2001) Nesse mesmo ano é implantado o Plano Nacional de Controle da Poliomielite (PNCP), sendo uma iniciativa do Ministério da Saúde para o controle da doença no país; dez anos antes já haviam sido realizadas as primeiras campanhas com a vacinação oral contra a paralisia infantil com a vacina Sabin em substituição à vacina Salk. (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003)

Ainda em 1971 é iniciada a produção, pelo Instituto Butantan, da vacina BCG intradérmica liofilizada. É realizada a primeira campanha de vacinação contra o sarampo em Salvador (BA), e já em 1972 é dado início ao Programa de Vacinação Anti-Sarampo. Finalmente, em 1973 o Brasil recebe a tão esperada notícia: a varíola era considerada extinta do território nacional, de acordo com certificado internacional de erradicação da doença.

## **O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES**

Após o sucesso da CEV, foi criado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973, tratando-se de uma política pública muito eficaz que impactou muito no perfil de morbimortalidade da população brasileira, adaptando-se às mudanças nas esferas: política, epidemiológica e social. Nesse contexto de modelações na saúde brasileira, permeado de propostas contrastantes à realidade da época, como iniciativas que traçavam um caminho para a universalização do acesso à saúde e dariam origem ao futuro movimento sanitário brasileiro, foi sendo arquitetado o PNI, que desempenhara importante papel na construção de uma nova faceta do sistema de saúde nacional. (TEMPORÃO, 2003)

Tem-se ciência de que um dos principais motivos que levaram ao sucesso e efetivação do programa deve-se ao fato dele beber na fonte dos princípios base do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente o da universalidade e equidade da atenção, bem como ao princípio organizativo de descentralização com direção

---

7 Quando foi fundida ao Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e a Campanha de Erradicação da Malária (CEM), formando a Superintendência de Campanha de Saúde Pública (Sucam).

única em cada esfera de governo, definidos a partir da regulamentação do SUS, pela Lei Orgânica da Saúde, votada em 19 de setembro de 1990.

A conjuntura em pauta, possuía um caráter específico e delicado devido ao desenvolvimento e consolidação do conceito de Complexo Médico-industrial (CMI), sendo este “um produto histórico e particular da evolução do sistema de saúde” (VIANNA, 2002, p. 376) que, introduzido e utilizado desde os anos 1980 no Brasil, permeia as inter-relações estabelecidas entre os atores do setor da saúde e aqueles dos setores da economia. Os ideais que viriam a nortear os propósitos do CMI ainda não estavam consolidados, mas, entre os anos de 1966 e 1974, já influenciaram transformações de caráter capitalista em relação às práticas médicas e às instituições que compunham a assistência à saúde, bem como mediava a produção de insumos e exerciam influência na formação dos recursos humanos.

Em 1966, a Lei nº 5.026, denominada Lei Orgânica das Campanhas Sanitárias, introduziu uma arquitetura que visava a elaboração e condução, em escala nacional, de ações, tanto públicas quanto particulares, para que a prevenção e o combate de doenças atingissem proporções que contemplassem a população. Sendo assim, houve uma ampliação das proposições que guiariam a construção das campanhas, sobretudo, em parceria com o setor privado. Nesse contexto, percebe-se que esse progresso ocorreu também em virtude do legado das ações de Oswaldo Cruz, como as campanhas contra a febre amarela e varíola, contribuindo para que o método que envolve essas campanhas tivesse presença marcada nos projetos futuros.

Outro marco desse período é a aprovação da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, pelo Congresso Nacional, que permitiu a criação do Sistema Nacional de Saúde, que já previa a dissociação e distribuição de atividades de atenção coletiva e individual. Portanto, a criação, estruturação e consolidação do PNI será influenciada por uma conjuntura que dá seguimento ao projeto sanitário com uma visão mais universal do acesso à saúde, pegando a deixa da bem sucedida campanha de erradicação da varíola. Em consequência disso, percebe-se a definição de uma base para se estabilizar a ferramenta do Estado no controle das doenças, principalmente nas esferas técnica, política e institucional.

Analisando os impactos positivos que a CEV gerou no Ministério da Saúde, pode-se ressaltar o fortalecimento de uma vertente interna que presara pelo desenvolvimento e aprimoramento das ferramentas governamentais para o controle e prevenção de doenças através das imunizações. Também em relação à CEV, é possível avaliar a construção de sua base, cuja execução era autônoma e dependente apenas do Ministério da Saúde, o que demandou abordagens em nível nacional para que a vacinação em massa pudesse ser realizada de maneira eficaz. O controle de qualidade perceptível nessas campanhas, colaborou para a estruturação

de um sistema de vigilância epidemiológica, que viria a se consolidar depois, por meio de avaliações de efetividade da campanha.

Ainda nesse período, ocorreu a reforma de 1970, efetivada pelo ministro Francisco de Paula da Rocha Lagoa (1919-), instituindo o Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças e, gerido por este, a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES). Esta última desempenhara papel crucial nas estratégias de integração no que tange o controle e contenção de doenças através da ferramenta da vacinação. Estratégias essas enriquecidas por conta de toda a bagagem adquirida com a CEV, além das experiências originadas no trabalho dos serviços de Saúde Pública, nas décadas anteriores.

Inclusive, em posição de destaque para análise da trajetória da DNEES estava o Plano Nacional de Controle da Poliomielite (PNCP), tendo este uma abrangência em 14 estados, e sendo executado através de campanhas sistemáticas de vacinação, perdurando até 1973. Sendo assim, o resultado final do PNCP agregou ainda mais bagagem e experiência no controle e contenção de doenças preveníveis por vacinação, contudo, os resultados não puderam ser avaliados juntamente a execução do plano devido a restrições do sistema de vigilância epidemiológica da época. Em suma, no período compreendido entre 1971 e 1973, a DNEES pôde desenvolver o aparato adequado e imprescindível para a implementação e execução da vacinação em massa, servindo também para aprimorar as intervenções mediadas por campanhas e todo o sistema da vigilância epidemiológica.

Logo após o encerramento das atividades da DNEES, foi criado o PNI, que contou com um contingente de atores que se destacavam na área da Saúde Pública, inclusive aqueles que vieram na divisão nacional. Em seus objetivos e critérios, o programa visava: especificar a necessidade e urgência de ampliar as campanhas de vacinação; cobrir as áreas rurais; aperfeiçoar a vigilância epidemiológica para alcançar proporções nacionais; instituir um laboratório nacional que seja referência no controle e na qualidade das vacinas; melhor gestão e distribuição dos recursos adquiridos; promover universalização do conhecimento em saúde nos meios de comunicação para amplificar as chances dos programas de vacinação serem bem recebidos pela população. (BENCHIMOL, 2001)

No geral, os anos iniciais da década de 1970 foram permeados por ações voltadas ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das práticas no âmbito da Saúde Pública, principalmente em relação às vacinas e, nesse contexto, havia outro programa, já em proporção global, mediado pela OMS, com intuito de erradicar a varíola. Logo na metade da década, em 1975, foi promulgada a Lei nº 6.259, que marcou o desenvolvimento de um sistema mais elaborado da vigilância epidemiológica, da notificação compulsória e da regulamentação do PNI, bem como a obrigatoriedade da vacinação dos neonatos, em seu primeiro ano de vida, tendo como punição a suspensão do salário-família.

Já em relação à conjuntura internacional, havia forte influência da Conferência de Alma-Ata (1978), que abordava cuidados primários da saúde, e que foi realizada pela OMS, pela OPAS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) na cidade de Alma-Ata (Cazaquistão). A OMS inaugurou o Programa Ampliado de Imunizações (PAI), baseando-se e introduzindo a bagagem da Conferência de Alma-Ata, em 1979, com intuito de amplificar o programa de vacinação nos sistemas e serviços de saúde. E em maio de 1980, a varíola foi oficialmente declarada erradicada do mundo. Na década de 1990, uma comissão criada pela OPAS (Comissão Taylor) concluiu que esses programas contribuíram para o fortalecimento dos sistemas de saúde, disseminando a cultura da prevenção e melhorando a relação entre comunidade e serviços de saúde. (BENCHIMOL, 2001)

O Brasil também foi marcado pela epidemia de meningite meningocócica, ainda na década 1970, com foco na cidade de São Paulo. Foram inúmeros casos desde 1972, se alastrando de São Paulo para o Rio de Janeiro. Dois anos depois foram contabilizadas centenas de mortes e, mesmo com o governo militar tentando abafar os dados de mortalidade, em 1974, ocorreram 2.575 mortes. Perante a situação alarmante e o número crescente de mortes, o então ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado (1916-1991), tomou a decisão de vacinar a população. Neste mesmo ano, ocorreu a aprovação do Programa Nacional de Combate à Meningite pelo presidente Ernesto Geisel (1907-1996). Para executar nacionalmente o programa, foi necessário solicitar ao instituto francês Marieux cerca de 80 milhões de doses da vacina para serem distribuídas. (BENCHIMOL, 2001)

Outro marco que tangencia as epidemias do século XX, foi a de poliomielite em dezembro de 1979, na fronteira entre Paraná e Santa Catarina. Diante do surgimento de uma epidemia da paralisia infantil após o PNCP em 1971, o Ministério da Saúde convocou uma reunião para analisar a situação e acatou a proposta de criação de um dia nacional de vacinação, cujo surgimento foi motivado pela bagagem trazida do PNCP e pela experiência no combate à meningite.

Já em 1977, ocorreu a publicação do primeiro calendário nacional de vacinação, cuja composição englobava quatro vacinações obrigatórias para serem aplicadas no primeiro ano de vida, iniciando a primeira política pública de universalização da vacinação no território brasileiro. Vale ressaltar que o governo federal, na campanha da meningite, entre 1972 e 1974, desenvolveu um plano de divulgação, que não teria custos para o Ministério da Saúde; com isso, o capital que seria utilizado, poderia ser realocado para outros investimentos no processo de vacinação. Outro ponto que melhorou bastante foi a receptividade da população pelas campanhas de vacinação, que haviam se tornado mais frequentes e difundidas na rede básica de saúde.

Em junho de 1980, ocorreu o primeiro dia nacional de vacinação, a data em que seria aplicada, via oral, a vacina trivalente em crianças de até quatro anos, em todo

o território, e dividida em duas doses. Com cobertura e execução excelentes, o êxito da vacinação excedeu as expectativas pelo impacto epidemiológico positivo, o que corroborou para que o Brasil obtivesse grande prestígio no setor de saúde, servindo de incentivo para que a estratégia campanhista ampliasse o progresso que estava sendo realizado. Vale ressaltar que para o sucesso do Dia Nacional de Vacinação foi necessária uma infraestrutura correspondente à criação de 92 mil postos de vacinação e a mobilização de um contingente de aproximadamente 320 mil trabalhadores, majoritariamente voluntários. (BENCHIMOL, 2001)

Já na metade da década de 1980, o Ministério da Saúde notou nova resistência da população em relação à vacinação. Sendo assim, foi constatada a necessidade de confeccionar um símbolo que tornasse a ideia de vacinação algo seguro, inofensivo e lúdico, abrangendo os diversos grupos etários, e tendo o papel também de explicar e incentivar a vacinação. Com isso, em 1986, foi solicitado ao artista plástico mineiro Darlan Manoel Rosa (1947-), pelo Ministério da Saúde e com o apoio UNICEF, a criação de uma mascote para marcar o compromisso assumido pelo Brasil de erradicar a poliomielite até 1990, dando origem à figura do “Zé Gotinha”. A nova face da vacinação passou a aparecer nas campanhas, incluindo a da rubéola para mulheres e homens até 39 anos de idade, e na campanha contra o vírus Influenza, tornando-se símbolo do PNI.

Para que o objetivo de eliminar a pólio pudesse ser concretizado, a OPAS estabeleceu a meta de erradicar a transmissão do poliovírus selvagem das Américas até 1990. No ano anterior, exatamente em março de 1989, foi notificado o último isolamento do vírus no país, no município de Souza, na Paraíba. A partir de 1990, o Brasil modificou a estrutura campanhista que havia sido praticada até então para alcançar a erradicação da paralisia infantil, direcionando e adaptando o programa para o cumprimento dos critérios estabelecidos pela Comissão Internacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite, reconhecimento que foi adquirido em 1994. (CAMPOS; NASCIMENTO, 2003)

Existe então, a possibilidade de avaliarmos o contexto em que a estratégia campanhista conseguiu se estabelecer de maneira mais estável, sendo favorecido pelo alarme popular que surgiu em decorrência das epidemias, com destaque para a da poliomielite e meningite. A partir daí, foi instaurado um contexto social propício para desenvolvimento e instalação da estratégia das campanhas, cuja eficiência foi reconhecida. Segundo Risi Jr. (TEMPORÃO, 2003), que conceitua o termo “campanhista”, fica evidente que seu significado remete a mobilização para agregar e gerir recursos, bem como atrair o auxílio e aceitação da sociedade, com intuito de maximizar o impacto dessas campanhas, e visando atingir resultados como a alta cobertura vacinal, com o controle das doenças e, com o *feedback* positivo das campanhas, executar adaptações por meio da vigilância epidemiológica.

Vale destacar que, a partir de 2006, o PNI passou a realizar estudos de custo-efetividade para a introdução de novas vacinas no calendário nacional, o que tem permitido avaliar se elas, ao serem incorporadas, seriam benéficas e vantajosas. E desde a introdução da vacina contra o rotavírus, naquele ano, todos os imunizantes incluídos no programa foram precedidos desse tipo de estudo. Além disso, tem sido fomentada a realização de estudos epidemiológicos visando avaliar o impacto das vacinas no perfil de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis, além de medir se as estratégias de vacinação estão adequadas ou se há necessidade de revisão do esquema vacinal após a sua introdução.

É importante dizer que, a partir da década de 1980, podem ser elencados alguns marcos na evolução e expansão da estratégia campanhista, no território nacional, que se estendem até a atualidade (DOMINGUES et al., 2020):

- 1989: introdução da vacina da hepatite B com a tecnologia DNA recombinante na Amazônia legal;
- 1992: realização da campanha nacional de vacinação contra o sarampo, para população de até 14 anos. Foi dado início ao Plano Nacional de Eliminação de Sarampo;
- 1999: introdução da vacina influenza sazonal para população acima de 65 anos.
- 2000: ampliação da cobertura vacinal da influenza sazonal para população com idade inferior a 60 anos. Houve também a incorporação da vacina da febre amarela e realização de campanhas para a vacinação da tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba – população entre 1 e 11 anos);
- 2002: vacinação de mulheres em idade fértil contra o sarampo e rubéola;
- 2004: publicação do Calendário Nacional de Vacinação por faixa etária, dividido em criança, adolescente, adulto e idoso;
- 2006: introdução da vacina oral rotavírus humano;
- 2008: execução da campanha nacional de vacinação em adultos e adolescentes para eliminação da rubéola;
- 2014: introdução da vacina hepatite A e da vacina HPV para meninas de 11 a 13 anos de idade;
- 2016: ampliação da vacina HPV para meninas de 9 a 14 anos e acesso universal para a vacina hepatite B;
- 2017: adoção da dose única para a vacina da febre amarela e a ampliação da vacina meningocócica C e HPV nos adolescentes de 11 a 14 anos;

- 2019: ampliação da vacina influenza para agentes da força de salvamento e segurança.

## **PANDEMIA DA COVID-19, A BUSCA PELA VACINA E O ENFRENTAMENTO AO NEGACIONISMO**

Ao fim do ano de 2019, os primeiros casos do novo coronavírus foram relatados na China, com seu epicentro na cidade de Wuhan, e se alastrando ao redor do globo; atingindo o Brasil no final do mês de fevereiro de 2020. A partir da confirmação do primeiro caso em território nacional, medidas de contenção foram tomadas, como o isolamento social e o fechamento das atividades comerciais. Ao mesmo tempo em que se iniciou a corrida para confecção de uma vacina contra o SARS-CoV-2, vírus que já se alastrava no mundo inteiro.

Nesse contexto de pandemia, fica clara a importância de uma ou mais vacinas de qualidade suficiente, para que os órgãos fiscalizadores aprovassem, desenvolvessem e passassem a utilizá-las como ferramenta para enfrentar a covid-19. A vacina representa esperança para grande parcela da população, simbolizando a possibilidade de retomada das atividades que foram restringidas pelo vírus, porém o imunizante sozinho não representa o fim da pandemia. No entanto, ele desempenha o essencial papel de assegurar que as infecções não sejam letais, mitigando as taxas de morbimortalidade em virtude do vírus.

Para que esses objetivos sejam atingidos através da criação de vacinas, são necessárias diversas etapas de avaliação e testagem, afinal, para ser distribuída à população, ela deve apresentar-se segura e com mínimos efeitos adversos. Atualmente, o Brasil está envolvido no desenvolvimento clínico de duas vacinas; o Instituto Butantan, associado à empresa chinesa Sinovac, oficializou um acordo em 11 de junho de 2020 para participação na etapa do ensaio clínico de fase III e na sua produção. Já a Fiocruz/Biomanguinhos firmou parceria para a produção do imunizante Oxford/AstraZeneca. (GUIMARÃES, 2020)

Vale ressaltar que, com a conjuntura mundial em estado de emergência, órgãos fiscalizadores e responsáveis pela aprovação de vacinas, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Food and Drug Administration (FDA) reduziram os valores de eficácia mínima necessária para aprovar vacinas, permitindo a distribuição de imunizantes com eficácia maior que 50%, ou seja, que previnam ou impeçam o desenvolvimento de casos graves em mais da metade dos inoculados.

Fato interessante para analisar a velocidade como as vacinas foram desenvolvidas e entraram na fase de testes, a partir do intercâmbio realizado entre os laboratórios de diversos países. Outro fator que contribuiu para a celerida-

de desse processo foi a disponibilidade de pesquisas anteriores acerca do vírus da Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS), de 2003, semelhante ao da covid-19. Nesse sentido, o poder público, cientistas e profissionais de saúde de todo o mundo se unem para combater a pandemia; em contrapartida, outras ameaças surgem, principalmente por meio das redes sociais: a desinformação e as *fake news*. Grupos pertencentes ao movimento antivacina, existentes desde o século XVIII e tradicionalmente conhecidos por disseminar informações falsas sobre os imunizantes, passaram a direcionar ataques contra as vacinas de combate ao novo coronavírus.

As estratégias negacionistas consistem em manipular informações e matérias jornalísticas, difundindo teorias infundadas e promovendo falsas curas através de terapêuticas sem a reconhecida eficácia pela comunidade científica, além de questionar o efeito das vacinas contra a covid-19. A ação desses grupos é um dos fatores que estão impactando negativamente as campanhas de imunização em todo o mundo, o que representa um risco para o combate à doença.

## **CIÊNCIA, CIENTISTAS E VACINAS**

Se o ano de 2020 ficou marcado pela pandemia mundial provocada pela covid-19, ele também trouxe a ciência aos holofotes, diante da urgência de uma vacina que levasse esperança à população e resolutividade na saúde. A ideia de investimento público em ciência, tecnologia e inovação é uma constante evidente em potências econômicas como Estados Unidos e Japão; mas talvez seja a regularidade dos investimentos em pesquisas, nestes países, que promova os resultados efetivos a médio e longo prazo. Não é de se estranhar, portanto, que algumas nações ocuparam lugares de espectadores frente à repentina e urgente corrida pelo desenvolvimento de Ingredientes Farmacêuticos Ativos (IFAs) e de vacinas que combatessem o SARS-CoV-2.

Na América Latina, sob efeitos de uma crise econômica mundial, os países já receberam os impactos do coronavírus em um cenário de fragilidade dos investimentos na ciência, como afirmou a secretária-executiva da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal), Alicia Bárcena, ao destacar que o gasto médio em pesquisa e desenvolvimento eram pífios 0,7% do Produto Interno Bruto (PIB) da região. Com maior extensão territorial e maior população da América do Sul, o Brasil, no entanto, não apresentou expressividade nesse âmbito; pelo contrário, o ano de 2020 teve o menor orçamento para o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), em mais de uma década. (ANDRADE; MARQUES, 2020)

A persistência da construção do conhecimento científico nacional, mesmo com os poucos investimentos, mostrou o empenho de pesquisadores brasileiros

na busca por respostas ao coronavírus. A Universidade de São Paulo (USP), por exemplo, ficou na 16ª posição entre as instituições de pesquisas que mais abordaram esse tema. (BERNARDES; DORADO, 2020) E segundo a Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica, o Brasil ocupa a 11ª posição entre os países com mais publicações científicas acerca da covid-19, representando 342 artigos científicos e 468 versões prévias de trabalhos, sobretudo nas áreas de ciências médicas e da saúde. (BERNARDES, 2020)

Sobre esse cenário brasileiro, o presidente da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Ildeu de Castro Moreira, ressaltou que a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) teve seu orçamento anual reduzido à metade, entre 2013 e 2020, sendo que de 2019 para 2020 houve uma redução de 25%. Nessa mesma linha, o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT) teve, aproximadamente, R\$ 25 bilhões contingenciados entre os anos de 2006 e 2020.

As afirmações de Moreira foram dadas em um evento virtual realizado através de plataformas digitais, permitindo o acesso gratuito de quem quisesse participar. Essa configuração de comunicação e troca de informações, apesar de não ser nova, assumiu um papel fundamental para a produção e compartilhamento de conhecimento em 2020, frente à necessidade de distanciamento social e até mesmo pela interrupção das atividades em diversas instituições, como nas universidades públicas.

Na ocasião do evento, chamado de Marcha Virtual pela Ciência, o presidente do Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (CONFAP) apontou para a oportunidade que o Brasil perdeu de colocar, de forma efetiva, a ciência nacional no esforço mundial de combate à pandemia; ele ainda critica a falta de incentivo à produção científica, apontando o que chama de desidratação do orçamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Capes. Além dele, o então presidente da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES) e reitor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), João Carlos Salles, chamou atenção para os cortes no programa de bolsas de iniciação científica. (MARCHA..., 2020)

A relação entre desenvolvimento, pesquisa e ensino é intrínseca não apenas pelas oportunidades de crescimento que promovem ao país, mas, sobretudo, por ser um elo de interdependência, um age como fomento de outro. Por isso que o incentivo não deve se restringir à injeção de capital para a construção de grandes centros de pesquisa e laboratórios, mas que, da mesma forma, se invista nos recursos humanos. Se o desenvolvimento também depende da ciência, esta só existe se houver cientistas, e em uma conjuntura nacional que qualifique e ofereça oportunidades de ensino, de pesquisa e de trabalho a esses profissionais.

O Instituto Butantan e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foram duas das instituições nacionais que mais se destacaram pelas pesquisas desenvolvidas para o enfrentamento da covid-19, sobretudo na produção de vacinas no Brasil. Pesquisador da instituição carioca, Carlos Gadelha ressalta as limitações em ciência, tecnologia e informação enfrentadas pelo país, e aponta que são gastos bilhões de reais em transferências tecnológicas, importações e *royalties*, dessa forma, o capital financeiro nacional vai para fora do país, e não gera riqueza local. Exemplos desses itens, são os componentes tecnológicos, os fármacos e os ventiladores pulmonares –que estiveram em evidência em 2020, devido à urgência e alta demanda para equipar os centros de atendimento à covid-19. Então, torna-se evidente que o Brasil não pode se limitar à venda de produtos primários, tampouco se omitir de produzir conhecimento. (MARCHA..., 2020)

No cenário internacional, o investimento em ciência foi uma postura adotada por diversas nações diante da crise sanitária do coronavírus. Ainda no início da pandemia, em maio de 2020, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) apresentou dados de países como o Canadá, que já havia destinado 11,8% do orçamento federal em P&D voltados para o problema; os Estados Unidos, à época, destinavam 4,1%; já o Reino Unido apontava um direcionamento de 10,8%. Em contrapartida, o Brasil ainda restringia o orçamento destinado ao combate da pandemia a 1,8% do total investido no ano anterior para pesquisa e desenvolvimento. (DE NEGRI; KOELLER, 2020)

Apesar do retrocesso nacional quanto ao investimento público em ciência, os desdobramentos da pandemia iniciada em 2020 possivelmente fomentaram o crescimento de doações para a pesquisa no Brasil, como aborda a jornalista Celia Rosembaum, em matéria do jornal *Valor Econômico* (2020), apontando que o volume de doações apreciado demonstra uma nova dinâmica entre ciência e sociedade. No texto, ainda é citado o vice-presidente de produção e inovação em saúde da Fiocruz, Marco Krieger, que ressalta o fato de os problemas não serem resolvidos apenas pela ciência, mas que ela tem competência para dar à sociedade ferramentas de enfrentamento à crise sanitária vigente. Como exemplo para essa nova perspectiva científica, é possível citar o programa Unidos Contra a Covid-19, da Fiocruz, que visa arrecadar contribuições de indivíduos e organizações para o enfrentamento da pandemia através das pesquisas. Em fevereiro de 2021, o montante arrecadado pelo programa já acumulava mais de R\$ 485 milhões. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021)

A história das vacinas se envereda pelos rumos traçados pela ciência, mas acompanha, sobretudo, a evolução da sociedade enquanto movimento coletivo pela busca da qualidade de vida e da saúde humana. Vimos Edward Jenner motivar seus trabalhos de forma muito intuitiva, sem deixar de lado a importância da

prática científica, pelo seu olhar atento; também vimos, no início do século XX, parte da sociedade brasileira se revoltar contra aquilo que já era chamado de vacina, numa clara demonstração social de que é importante estabelecer o cuidado à saúde com participação e informação compartilhada, para além do conhecimento científico; décadas depois, já consolidada, a vacinação ganha o seu próprio programa, o PNI, demonstrando o amadurecimento e o estreitamento das relações entre ciência, sociedade e poder público; por fim, ao iniciarmos a terceira década do século XXI, compartilhamos de forma globalizada e instantânea, a expectativa de que a ciência encontrasse a vacina para combater não apenas um vírus, mas também a descrença dos que duvidam da sua relevância política, social e econômica.

Em tempo: no dia 17 de janeiro de 2021, às 15h30 de uma tarde de domingo, na cidade de São Paulo (SP), o Brasil aplicou a sua primeira vacina de combate ao coronavírus. Quem recebeu a primeira dose foi Mônica Calazans, de 54 anos, enfermeira do Hospital Emílio Ribas, instituição referência em infectologia e tratamento da covid-19.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Rodrigo de Oliveira; MARQUES, Fabrício. O tamanho da aposta na ciência. *Pesquisa Fapesp*, São Paulo, v. 294, p. 34-37, ago. 2020. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/o-tamanho-da-aposta-na-ciencia>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- BENCHIMOL, Jaime Larry (coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- BERNARDES, Júlio. USP está entre as 20 instituições que mais publicam sobre covid no mundo. *Jornal da USP*, São Paulo, 29 out. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/usp-esta-entre-as-20-instituicoes-que-mais-publicam-sobre-covid-no-mundo>. Acesso em: 30 out. 2020.
- BRASIL. Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904. Torna obrigatórias, em toda a República, a vacinação e a revacinação contra a varíola. *Diário Oficial da União*: seção 1, Rio de Janeiro, p. 5158, 2 nov. 1904.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus*. Brasília, DF, 27 fev. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus>. Acesso em: 20 dez. 2020.
- CAMPOS, André Luiz Vieira de; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; MARANHÃO, Eduardo. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 573-600, 2003.

- CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- DE NEGRI, Fernanda; KOELLER, Priscila. Políticas públicas para pesquisa e inovação em face da crise da covid-19. Brasília, DF: IPEA, 2020. (Nota Técnica, n. 64). Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/200520\\_nota\\_tecnica\\_diset\\_n\\_64.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200520_nota_tecnica_diset_n_64.pdf). Acesso em: 10 jan. 2021.
- DIXON, Cyril William. *Smallpox*. London: J&A Churchill, 1962. Disponível em: [https://www.nlm.nih.gov/nichsr/esmallpox/smallpox\\_dixon.pdf](https://www.nlm.nih.gov/nichsr/esmallpox/smallpox_dixon.pdf). Acesso em: 17 dez. 2020.
- DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos *et al.* The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 2, p. 1-2, 2020.
- DUFFY, John. *Epidemics in Colonial America*. Port Washington, NY: Kennikat Press, 1972.
- DURÃES, Fabíola Alice dos Anjos; OLIVEIRA, Adriano Dias de; MONTEIRO, Paulo Henrique Nico. Edward Jenner e a Primeira Vacina: estudo do discurso expositivo adotado em um Museu de Ciência. *Khronos: revista de história da ciência*, São Paulo, n. 7, p. 1-15, ago. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/khronos/article/view/158184/155694>. Acesso em: 1 jan. 2021.
- FENNER, Frank *et al.* Smallpox and its Eradication: The Definitive History of the World's Most Triumphant Achievement in Public Health. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 65, n. 5, p. 599-768, 1987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2491071/pdf/bullwho00076-0026.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2020.
- FERNANDES, Tânia Maria. Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 461-74, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s2/a02v10s2.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.
- FERNANDES, Tânia Maria. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 29-51, mar./jun. 1999. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701999000200002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000200002). Acesso em: 6 jan. 2021.
- FERNANDES, Tania Maria Dias; CHAGAS, Daiana Crús; SOUZA, Érica Mello de. Variola e vacina no Brasil no século XX: institucionalização da educação sanitária. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 479-489, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a11.pdf>.
- FREYRE, Gilberto. *Casa-grande e senzala*. São Paulo: Global, 2019.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. *Transparência*, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://unidos.fiocruz.br/transparencia.html>. Acesso em: 20 jan. 2021.

GUIMARÃES, Reinaldo. Anti-covid Vaccines: A Look from the Collective Health. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3579-3585, 2020.

GURGEL, Cristina Brandt Friedrich Martin; ROSA, Camila Andrade Pereira da; CAMERCINI, Taise Fernandes. A varíola nos tempos de Dom Pedro II. *Cadernos de História da Ciência*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 55-69, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/chci/v7n1/v7n1a03.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2021.

INSTITUTO Vacínico Municipal. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Rio de Janeiro, [202-]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/instvacmun.htm>. Acesso em: 8 jan. 2021.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CHAVES, Leandra; BARROS, Rodolfo. A “Escola Tropicalista” e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 86-93, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/971/950>. Acesso em: 1 out. 2020.

LICHTENTHAELER, Charles. *Histoire de la médecine*. Paris: Fayard; 1978.

MARCHA Virtual pela Ciência - Painel Nacional 2 “A CT&I no Brasil - Sucessos e Desafios”. [S. l.], 2020. 1 vídeo (1h 34 min). Disponível em Publicado pelo canal SBPCnet. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XaVPQ6zYTQ4>. Acesso em: 30 out. 2020.

ROSEMBLUM, Celia. Volume de doações para pesquisa é inédito no país. *Valor Econômico*, São Paulo, 6 jul. 2020. Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/07/06/volume-de-doacoes-para-pesquisa-e-inedito-no-pais.ghtml>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Edusp: HUCITEC, 1991.

SCHATZMAYR, Hermann G. A varíola, uma antiga inimiga. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1525-1530, nov./dez. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v17n6/6979.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2020.

SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

SILVA, Camila Sloboda Pacheco da. A história da ciência no caso das vacinas: Edward Jenner e os experimentos da prevenção contra a varíola na Inglaterra do século XVIII. *Boletim Eletrônico da Sociedade Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, n. 7, dez. 2015. Disponível em: [http://www.sbh.org.br/conteudo/view?ID\\_CON-TEUDO=860](http://www.sbh.org.br/conteudo/view?ID_CON-TEUDO=860). Acesso em: 2 jan. 2021.

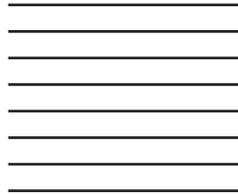
SOARES, Marina Juliana. O. Mary Montagu e a inoculação da varíola na Inglaterra no século XVIII. *Khronos: revista de história da ciência*, São Paulo, n. 5, p. 35-46, maio 2018. Disponível em: <http://revistas.usp.br/khronos>. Acesso em: 2 jan. 2021.

TEMPORÃO, José Gomes. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 601-617, 2003.

TUCÍDIDES. *História da Guerra do Peloponeso*. 4. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2001.

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.

WATTS, Sheldon. *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism*. New Haven: Yale University Press, 1997.



## 18

# HISTÓRIA DAS EPIDEMIAS NA BAHIA

*Bruna Rodrigues Machado*  
*Felipe Asaf Borges Millard*  
*João Vitor Cavalcante Aleixo*  
*Maria Vitória Mascarenhas Silva*  
*Taynara de Oliveira Pereira*

## INTRODUÇÃO

Neste capítulo, nós, autores, gostaríamos de fazer o convite para uma retrospectiva das epidemias que mais marcaram o estado da Bahia. Queremos não apenas relatar o que aconteceu por meio de dados objetivos, mas sim buscar entendimentos fundamentados das possíveis causas e dos mais diversos desdobramentos que ocorreram. Frente até mesmo da própria pandemia da covid-19 que se tem vivido desde 2020, trazer estes episódios é um exercício rendoso porque, em se

tratando do estudo de epidemias com as devidas ponderações, é possível traçar paralelos comparativos críticos em prol de uma análise histórica válida e pertinente.

Mas por que essa retrospectiva é importante? Bom, não somente a História – como se comumente acredita – é feita de reincidências; a Epidemiologia também. Na realidade, ambos ramos da ciência se dão mutuamente em uma interdependência na qual as repetições são inevitáveis. Doenças como febre amarela e peste bubônica persistiram por centenas de anos provocando muitos surtos na Bahia e em todo o país, os quais, por vezes, nem sequer foram registrados. Assim, além de ser possível gerar experiência e, portanto, criar arcabouços estratégicos de prevenção em superintendências de vigilância epidemiológica, fazer retrospectivas impulsiona conhecimentos e descobertas imprescindíveis à evolução científica.

E quais foram os materiais analisados e compilados para construir o capítulo? De maneira geral, tendo em mente o recorte “História das epidemias mais marcantes na Bahia”, utilizaram-se livros acerca da história da Saúde Pública; artigos e notas históricas; relatórios científicos; monografias contendo análises históricas; boletins epidemiológicos; *sites* e reportagens institucionais; e excertos de literatos com visões peculiares dos períodos epidêmicos.

## FEBRE AMARELA

Em 1686, aos quatro dias andados do mês de abril, surgiu o tifo icteróide na Bahia. Deram-lhe o nome de bicha, ‘pelo voraz e apressado do seu golpe’ e porque a todos mordida.  
(FRANCO, 1969, p. 21)

Afinal, que doença é essa? A febre amarela é uma doença infecciosa não contagiosa, transmitida ao homem mediante picada de mosquitos hematófagos pertencentes às espécies *Aedes* e *Haemogogus*, e ocorre sob duas modalidades epidemiológicas: silvestre e urbana. Elas são determinadas pelas diferentes espécies dos transmissores que vivem em diferentes *habitats*. Em relação ao aspecto clínico, a infecção pode se apresentar como assintomática, oligossintomática, moderada e grave. A letalidade global varia de 5% a 10%, mas pode chegar à 50% entre os casos que evoluem com as formas graves da enfermidade, como insuficiências hepática e renal, icterícia e manifestações hemorrágicas. O diagnóstico muitas vezes é baseado nas características clínicas do paciente, nos locais e datas de viagens e nas atividades e história epidemiológica do local onde a presumida infecção ocorreu. Geralmente, o diagnóstico por laboratório é realizado por meio de testes para detecção de anticorpos específicos e às vezes, o vírus pode ser encontrado em amostras de sangue coletadas no estágio inicial da doença. E como

evidencia a World Health Organization<sup>1</sup> (WHO) (2013), a febre amarela pode ser prevenida pela vacina antiamarílica, sendo que uma dose da vacina é suficiente para garantir imunidade e proteção ao longo da vida, não sendo necessária nenhuma dose de reforço. (VASCONCELOS, 2002)

Como foi introduzida na Bahia? Historicamente, a febre amarela representou um grande flagelo para a população brasileira, como um dos mais dramáticos problemas de Saúde Pública registrados no país. Ela foi introduzida no Brasil no século XVII quando os navios negreiros vindos da África trouxeram consigo mosquitos transmissores da doença. Em 1685 alguns navios africanos aportaram em Recife e Olinda, caracterizando a entrada da febre amarela no Brasil e a primeira epidemia. Posteriormente, em 1686, surgiram as primeiras aparições da doença na Bahia, mais especificamente em Salvador e posteriormente, no Recôncavo e nas cidades do interior, havendo relatos de sua presença ali até meados de 1692, período em que cerca de 25 mil pessoas adoeceram e 900 morreram. (COSTA et al., 2011) Mais tarde, em 1849, eclodiu na Bahia a segunda epidemia de febre amarela, introduzida pelo navio americano que não havia cumprido as rigorosas medidas impostas na Carta de Saúde (medida preventiva criada após a primeira epidemia a fim de controlar o fluxo de desembarque, evitando a entrada de pessoas contaminadas) e também havia escalado em Havana, porto infectado. Segundo estatísticas da época, a quantidade de amaralentos recebidos no Hospital de MontSerrat no período de 1853 a 1859 foi de 1.837 doentes. A doença costumava reaparecer anualmente, sendo mais frequente nos meses de março, abril e maio. De Salvador, o surto se propagou para o Norte e Sul do país, caracterizando o pior surto de febre amarela do Brasil. (FRANCO, 1969)

Qual foi o papel da religião na época? Uma atenção especial deve ser dada à religião, cuja importância se apresenta no combate às primeiras epidemias da febre amarela no estado da Bahia. Naquela época, por exemplo, vendo a Medicina como impotente para combater a doença, a população motivada pelo medo e desespero, recorreu à igreja do Colégio dos Jesuítas implorando a intervenção do apóstolo São Francisco Xavier, e em maio de 1686, houve uma procissão pelas principais praças e ruas de Salvador, na qual as pessoas de joelhos, rezavam e choraram como ato de fé e devoção. Em decorrência dessa procissão e como um ato de gratidão, a população requereu ao Senado da Câmara que São Francisco Xavier fosse oficialmente considerado padroeiro da capital da América Portuguesa. O pedido foi atendido e por esta razão a Câmara Municipal da Bahia mandou celebrar anualmente, em 10 de maio, a festa do ínclito jesuíta. (FRANCO, 1969)

Quais foram as outras iniciativas de combate? Além da religião e das medidas preventivas tardiamente adotadas, o apoio à população que foi dado durante as

---

1 Organização Mundial da Saúde (OMS).

primeiras epidemias de febre amarela na Bahia, antes da introdução da vacinação também detém sua importância. O então governador da Bahia, durante o horror da primeira epidemia, por exemplo, ordenou a um boticário que desse, por sua conta, aos pobres, todos os medicamentos que lhe pedissem; visitava os enfermos; nas casas dos pobres deixava esmolas debaixo dos travesseiros, e acompanhava à sepultura os que eram de maior distinção. Vivia naquele tempo também d. Francisca de Sande, rica viúva do heroico mestre Nicolau Aranha Pacheco, um grande nome da guerra holandesa, que generosamente abriu em sua casa um hospital para atender os doentes que não cabiam no da Misericórdia, ministrando pelas suas mãos os remédios receitados pelos médicos, dando-lhes cama, roupas e alimentos. (FRANCO, 1969)

E a vacina, importa? Cabe ressaltar, finalmente, a importância da vacinação diante dos surtos epidêmicos que contaminou e matou centenas de pessoas na Bahia e no Brasil. Foi e ainda é ela a responsável não somente pela proteção individual, mas por evitar a propagação em massa de doenças, como a febre amarela, que podem levar à morte ou a sequelas graves, comprometendo a qualidade de vida e saúde das pessoas vitimizadas.

## PESTE BUBÔNICA

[...] o aspecto mais terrível da doença era a apatia das pessoas atingidas por ela, pois seu espírito se rendia imediatamente ao desespero e elas se consideravam perdidas, incapazes de reagir. [...] também pereciam, sobretudo os altruístas, que por respeito humano entravam nas casas dos amigos sem preocupar-se com suas próprias vidas, numa ocasião em que mesmo os parentes dos moribundos, esmagados pela magnitude da calamidade, já não tinham forças sequer para chorar por eles [...]. (TUCÍDIDES, 2001, p. 117)

Foi tão grave assim? A peste bubônica foi uma das calamidades mais avassaladoras da história da humanidade, se espalhando por toda Europa em um período de quatro anos e chegando a varrer um terço de sua população em um intervalo de tempo relativamente curto. Apesar de não existir uma delimitação do local ou período exato que a doença surgiu, sabe-se que os primeiros casos que se tem registro surgiram por volta do século XIV, sendo predominante nos países europeus até o século XVIII, fazendo milhares de vítimas nesse período. (BRASIL, 2008)

Como se propagou? A doença era transmitida para os seres humanos através de pulgas que viviam em ratos e portavam a bactéria *Yersinia pestis*. A sua transmissão estava associada principalmente às condições sanitárias precárias da época,

além das péssimas condições socioeconômicas da maior parte da população e a lugares superpopulosos e com grandes aglomerações. O forte comércio marítimo da época e o numeroso fluxo de embarcações entre países foi fator primordial para sua disseminação em várias regiões do mundo. O acúmulo de cadáveres também foi outro fator de forte influência para a sua propagação. (AVILA-PIRES, 1976)

Quais suas proporções no Brasil? No cenário brasileiro, a doença atinge o país em 1899, chegando no ano de 1904 no estado da Bahia, mais especificamente no dia 7 de julho, sendo nesta data reconhecida oficialmente pelo governo do estado a chegada da peste à capital baiana e aos seus interiores na década seguinte. As primeiras vítimas notificadas da doença surgem no interior no ano de 1916, na cidade de Juazeiro. A doença teria chegado ao norte da Bahia através dos vagões de mercadorias que vinham de Salvador infestados de ninhos de ratos pestosos. (A TARDE, 28 ago. 1922 apud BRITO, 2018)

Quais as respostas das autoridades baianas frente a esta situação? Com a chegada da peste ao Brasil e com um possível e iminente surgimento da epidemia no estado, o governo soteropolitano adotou uma série de medidas preventivas para impedir a chegada da peste à capital baiana. Entre as medidas adotadas estava a construção de um desinfectório que se localizava ao lado da Hospedaria de Imigrante de MontSerrat. Foram feitos também banheiros, latrinas e muros. Além disso, foi construída também uma ponte que permitia acesso aos passageiros e bagagem nos navios. O governo do estado decidiu então demolir a enfermaria de variolosos no início de 1900 e construiu, no local, dois pavilhões para o Hospital de Isolamento. Porém, após o governo federal declarar extinta a peste bubônica, o governo do estado suspendeu todas as medidas de desinfecção dos passageiros e bagagens originários do Rio de Janeiro. Logo o estado precisou retomar todas as medidas de desinfecção com a chegada da doença em Pernambuco, e assim que foi extinta do estado pernambucano o governo baiano suspende novamente as medidas de desinfecção. Mesmo com todas essas e outras medidas sendo adotadas pelo estado, essas medidas não foram suficientes para conter a chegada da doença ao estado (1904), mas mostra o empenho das autoridades para tentar frear sua disseminação. (FIGUEIREDO, 2010)

Quais as consequências de sua chegada à Bahia? As condições sanitárias de Salvador também não foram favoráveis para auxiliar no enfrentamento da doença, Figueiredo (2010, p. 68) destaca as características sanitárias daquela época, como:

As ruas eram repletas de lixo doméstico, que muitas vezes eram levados pelas enxurradas, até os córregos, valas, brejos e fontes, contribuindo para o aparecimento dos ratos portadores das pulgas que transmitiam a peste. Devido à precariedade na distribuição de água, os aguadeiros abasteciam as residências através das fontes e córregos. O sistema de esgoto era, por

sua vez, a céu aberto, descendo por ruas e casas, contaminando o solo, a água e os alimentos.

Logo, as autoridades locais estavam preocupadas não só com a chegada da peste, mas em solucionar os problemas existentes na infraestrutura da cidade, que acabam expondo sua população às condições precárias e de risco, conduzindo-a à grande suscetibilidade de transmissão para várias doenças contagiosas como a peste. Dessa forma, buscou-se investir em saneamento básico, campanhas educativas estimulando hábitos de higiene pessoal e doméstica, o que para os médicos era insuficiente para erradicar o problema, enfatizando a necessidade de higienizar também as casas e ruas, evitando que os ratos pudessem ser alimentados com o lixo existente e melhorando o sistema de distribuição de água adequada para o consumo, e evitando a estagnação dos roedores nas ruas. Mas essa idealização não foi muito adiante pelas dificuldades financeiras que o governo estadual e municipal enfrentavam, dificultando a efetividade das medidas preventivas e curativas aos enfermos, principalmente de doenças transmissíveis. (BRITO, 2018)

Este foi o fim da epidemia na Bahia? Em decorrência da incapacidade financeira para o combate às doenças, tornou-se evidente a necessidade de estabelecer enfermarias capazes de acolher os contaminados e evitar o convívio dos doentes com os que não estavam enfermos. Foi nesse cenário que em 1904 com surgimento do surto de peste bubônica, foi instalada na Hospedaria de Imigrantes, na baixa de Monte Serrat uma enfermaria de emergência para os pestilentos, sob a responsabilidade do médico Augusto de Couto Maia. O Hospital de Isolamento de MontSerrat acolheu e tratou inúmeros enfermos e teve uma grande importância para a história da Bahia nas epidemias que assolaram a cidade de Salvador no século XIX. O local privilegiado também contribuiu para o sucesso na contenção de doenças, pois esse estava localizado próximo ao mar, em um local despovoado e distante do centro da cidade. (FIGUEIREDO, 2010)

## **GRIFE ESPANHOLA**

Perdigotos – Que perigo! Se estás resfriado amigo, não  
chegues perto de mim. Sou fraco, digo o que penso.  
Quando tossir use o lenço e, também se der atchim.  
Corrimãos, trincos, dinheiro são de germes um viveiro e o da  
gripe mais frequente [...].

Previna-se contra a gripe [...], cartilha distribuídas pelas  
campanhas do Serviço Nacional de Educação Sanitária  
(ver: Fundação Biblioteca Nacional, Sessão de Obras Gerais)  
1918/1919. (GOULART, 2005, p. 101-142)

Gripe espanhola, por quê? Em plena Primeira Guerra Mundial, mais precisamente em 1918, uma doença desconhecida começou a vitimar soldados. Apesar de receber várias denominações como “moléstia”, “flagelo”, “terrível mal”, “ciclone maldito” e “epidemia nefasta”, a doença entrou para história como gripe espanhola, justamente porque foi a Espanha, país neutro na guerra, a ter os seus jornais divulgando as características e mortalidade da doença. Os países que estavam envolvidos no combate censuraram a imprensa para não diminuir a moral das tropas e não demonstrar qualquer sinal de fraqueza aos inimigos. Esse silenciamento da imprensa e negligência das autoridades, custou muito caro, em cinco meses a gripe matou mais pessoas que a própria guerra. No Brasil a gripe espanhola chegou em setembro a bordo do navio inglês Demerara, o qual trouxe passageiros e tripulantes contaminados da Europa e atracou nos portos de Recife, Salvador e Rio de Janeiro. E assim, a partir dessas cidades, o vírus desenhava sua rota de contágio partindo em trens e passageiros das cidades litorâneas para o interior do Brasil. (SCHWARCZ; STARLING, 2020)

E ao chegar na terra de Todos os Santos? A gripe assassina encontrou o cenário ideal para sua disseminação. Apesar de ser planejada em Cidade Baixa (formada por armazéns, casas comerciais e serviços portuários) e Cidade Alta (composta por igrejas, sobrados e prédios administrativos), Salvador não tinha saneamento básico, suas ruas, vielas e ladeiras alagavam-se rapidamente em períodos de chuva, os casarões antigos serviam de casa e abrigavam inúmeras famílias que se amontoavam pelos espaços incluindo porões, sótãos e águas-furtadas, o transporte público era precário e havia sofrimento com a falta de água. Além disso, quando a gripe espanhola atracou em solo baiano encontrou uma cidade que sofria com a falta de alimentos básicos, aumento dos aluguéis e rendimentos baixos. Palco perfeito para a tragédia da “espanhola”. E nessas condições os governantes baianos ainda negavam a existência da epidemia, tratava-se de apenas mais um surto da enfermidade, que até o momento não vinha apresentando nada grave e ainda atribuiu a imprensa e a oposição a responsabilidade pelo alvoroço em torno de uma simples “gripezinha”. E assim, parafraseando Karl Marx “a história se repete, a primeira vez como tragédia e a segunda como farsa”, se retirar os primeiros períodos desse parágrafo que vos escrevo, podemos dizer que estamos narrando o Brasil pandêmico da covid-19 no ano de 2021. (SCHWARCZ; STARLING, 2020; SOUZA, 2009a)

Para a imprensa, a moléstia se espalhava com uma rapidez surpreendente, e, assim como a gripe, as críticas ao imobilismo das autoridades em face da epidemia reinante vinham ‘a galope’. As matérias sobre o assunto continham um misto de indignação e ironia diante da paralisia que dominava a Diretoria de Saúde Pública da Bahia. Um artigo do jornal A Tarde traduzia a perplexidade da população, ao afirmar que ‘ninguém’ sabia ‘por

que a direção interina da S.P.B. não cogita[va] do caso, não providenciando [...] o saneamento' e a 'aplicação de medidas profiláticas'. De acordo com a matéria, a postura do governador era de indiferença 'diante da percentagem assombrosa de enfermos na capital. (A TARDE, 25 set. 1918, p. 1 apud SOUZA, 2009a, p. 102)

E as consequências da invasão da “espanhola”? Assim, por enquanto os políticos procuravam os culpados da disseminação da doença no estado, enquanto os médicos e autoridades da saúde debatiam o diagnóstico e as medidas profiláticas que deveriam ser tomadas para diminuir “a espanhola”, que se alastrava rapidamente. De acordo com o jornal *A Tarde*, a gripe invadia as casas tomando quarteirões inteiros, despovoava os quartéis e interferia na rotina dos serviços públicos, dos colégios e das fábricas, imiscuindo-se até na redação e nas oficinas do jornal. Ademais, durante debate realizado na imprensa baiana durante o período de acontecimento da “espanhola”, os governistas procuraram transmitir uma imagem de tranquila competência na seleção e gestão das ações de Saúde Pública, entretanto, a oposição procurou derrubar essa imagem, denunciando a crise financeira do estado, o nepotismo que sujava as instâncias da administração pública, e as vulnerabilidades do serviço de Saúde Pública. (SCHWARCZ; STARLING, 2020; SOUZA, 2009a)

Depois de muito debate entre a classe de especialistas, era do conhecimento da categoria médica baiana que a gripe constituía doença de grande contagiosidade, capacidade de propagação e velocidade de transmissão, ao passo que sabiam também que os indivíduos infectados se tornavam agentes propagadores do gérmen, pois excretavam em seu ambiente saliva ou perdigotos contaminados, que poderiam ser inalados pelos que se encontravam na vizinhança. (SOUZA, 2009a) Portanto, a comissão designada para estudar o evento epidêmico sugeriu que os lugares ou eventos onde ocorria maior aglomeração de pessoas deveriam tornar-se alvo da atenção médica e da ação sanitária, precisando sofrer desinfecções sistemáticas; as ruas teriam de ser constantemente irrigadas para evitar que as poeiras irritassem as vias respiratórias dos indivíduos; e as reuniões seriam necessariamente desestimuladas. (SOUZA, 2009a)

E a fé do povo baiano durante a gripe? Com a tensão gerada pela gripe aumentou as demonstrações de fé, as pessoas buscavam consolo para a doença. Assim, no decorrer da epidemia pela Bahia, as missas, adoração de imagens e outras práticas católicas, eram realizadas para suplicar a misericórdia divina. Cabe salientar que as práticas religiosas contrárias à fé católica eram vistas com intolerância pela sociedade, toda prática de cura espiritual ligadas a essas crenças eram denominadas como charlatanismo e feitiçaria. Os médicos, em especial, procuravam proibir

essas práticas de cura, argumentando que o único saber legítimo para os cuidados com a saúde era aquele adquirido nos bancos da Faculdade de Medicina. Por fim, apesar de provocar transtornos característicos de uma epidemia como mortes, isolamento, paralisação de fábricas, serviços e número de infectados, a taxa de mortalidade da gripe em Salvador foi baixa, 386 óbitos de acordo com as estatísticas oficiais. No interior do estado, apesar da gripe durar até 1919 o número de óbitos não foi calculado pelos órgãos governamentais. (SCHWARCZ; STARLING, 2020; SOUZA, 2009a)

## **VARÍOLA**

Em corruptas matérias se transforma Líquido sangue,  
que das veias corre,  
De dia, em dia às pústulas reforma  
O humor fero que a peçonha escorre:  
A face inchada perde a humana forma A cada passo vive o  
enfermo e morre, Olhos, boca, narizes e garganta  
Uma só face tem uma só planta.  
(GROSTOM, 1982, p. 86)

E qual a história da varíola? Assim como a maioria das epidemias aqui discutidas, a varíola tem sua história que remete a centenas de anos atrás, levando os especialistas a questionamentos que podem nunca encontrar resposta. Ao que se sabe, os primeiros relatos da varíola ocorrem a partir do século IV, do período que remete à era cristã. Com o aumento crescente da população de determinadas regiões e o grande fluxo de pessoas a doença foi ganhando protagonismo, principalmente em regiões onde começaram a surgir grandes cidades no entorno dos vales dos rios Nilo (Egito), Tigre e Eufrates (Mesopotâmia), Ganges (Índia), Amarelo e Vermelho (China). Isso não descarta a presença da varíola em tempos muito mais remotos, o que provavelmente ocorria é que a sua propagação se dava de forma esporádica, devido ao pequeno número de habitantes das antigas cidades. (TOLEDO JÚNIOR, 2005) Os anos se passam, e não demora muito para que a varíola marque presença no Novo Mundo, isso graças ao ciclo das grandes navegações, a bordo de caravelas e galeões. Como já observado em outros períodos da história, os nativos são os mais afetados com a chegada da doença, o que leva a dizimação dessa população em um intervalo de tempo relativamente curto. Apesar das certezas acerca da calamidade que devastou as Américas e seus nativos, pouco se sabe sobre os seus números, o que permite uma margem de discussão na qual diferentes autores expõem o fato de que, nesse período, chegou a haver uma diminuição de 25% até fastidiosos 96% no número de habitantes americanos de 1492 a 1650. Apesar da

varíola não ser a responsável exclusiva por este tenebroso quadro, sem dúvida ela exerceu um papel importante, corroborado por relatos de sucessivas tragédias em todo o continente. (GURGEL; ROSA, 2012)

E o Brasil frente a essa ameaça? Aqui, principalmente no período colonial, a população vivenciou momentos difíceis – haja vista as condições de saúde dos brasileiros nesse momento da nossa história –, durante os Oitocentos que se prolongaram, as condições de vida e moradia desintegraram-se diante do abandono imposto durante séculos. A ancilostomíase, o bócio endêmico, a febre amarela e a hanseníase eram apenas algumas das doenças que se tem registro da presença naquela época, com um significativo peso na morbimortalidade da população. O governo brasileiro começa a direcionar grande preocupação ao fluxo marítimo da época, isso porque tinha ciência da grande parcela de culpa das regiões portuárias e das embarcações comerciais vindas de outros continentes e da sua contribuição para os surtos de epidemias de várias etiologias que devastaram o país. (GURGEL; ROSA, 2011) Desde o Período Colonial as tentativas de conter epidemias incluíam a instituição de cercos e cordões sanitários, além de quarentenas para embarcações com doentes a bordo, em especial, para navios negreiros. Contudo, estas medidas eram frequentemente burladas, o que facilitava o aparecimento de surtos. (RIBEIRO, 1997)

E como ficou a Bahia nesse cenário? A varíola se consolidou como uma grande ameaça aos soteropolitanos durante um longo período, tanto que, se tornou usual a expressão “na Bahia anno de nove, anno de varíola”. As proporções do ditado popular se tornaram tão relevantes que em carta enviada pelo governador Vital Soares, à Assembleia Legislativa, fez questão de destacar que, apesar do número, o ano de 1929 passou sem que houvesse uma epidemia de varíola em Salvador. Isso porque a memória popular já conhecia a doença desde muito antes. No ano de 1919 (por isso a expressão ano de nove), mais especificamente no mês de junho, houve uma expedição de soldados do exército que estavam regressando da cidade de Barreiras, e, assim que chegaram na capital baiana, começaram a apresentar sintomas da varíola. A resposta imediata foi a internação desses soldados no Hospital Militar, que logo foram acompanhados por outros com os mesmos sintomas, infectados pela mesma doença. Nos meses que se seguiram, a varíola foi se disseminando por Salvador, atingindo inicialmente os bairros de Brotas e do Pilar, com 17 casos notificados. Em agosto, mês aziago, a doença se espalhava por toda a cidade, atingindo primordialmente os moradores dos distritos centrais – Paço, Taboão, Santo Antônio, Santana e Sé –, alcançando, depois, até o subúrbio de Salvador. (SOUZA; HOCHMAN, 2012)

E como ficou Salvador diante de tudo que estava acontecendo? O trauma recente vivido pela cidade de Salvador – que acabara de sair de um momento de turbulência com a gripe espanhola (no ano de 1918) –, não contribuiu para o que

estava por vir no ano seguinte, a terrível epidemia de varíola. A epidemia que atingiu a cidade de Salvador no ano de 1919 ceifou muito mais vidas do que a gripe espanhola, mas foi ofuscada pelos arquivos de jornais e pelos relatórios dos serviços sanitários. Isso ocorreu, muito provavelmente pelo caráter pandêmico da gripe, que alcançou patamar de destaque em termos de produção histórica e de memória face à epidemia de varíola. (SOUZA; HOCHMAN, 2012) Junto a isso ainda existe o fato de não se acharem registros sobre a vacinação antivariólica, que era obrigatória, de acordo com a lei estabelecida em outubro de 1904 e na época já havia gerado grandes debates e discussões acerca do assunto. (HOCHMAN, 2011) Isso mostra que, as respostas dos serviços sanitários e da população de Salvador ao evento epidêmico da varíola são reveladoras dos medos, angústias, preconceitos e dos recursos materiais e culturais da sociedade baiana na primeira República. A desordem epidêmica escancarou como e com que instrumentos uma sociedade buscava a ordem e a estabilidade, depois de um biênio mórbido. Nesse sentido retomamos a perspectiva de autores que, como Charles Rosenberg, indicam que epidemias não são eventos apenas biológicos, eles são profundamente sociais, políticos e culturais, que podem tanto aprofundar hierarquias, desigualdades, conflitos e preconceitos como podem, também, produzir compaixão, solidariedade e cuidados. (SOUZA; HOCHMAN, 2012)

## **DENGUE, FEBRE CHIKUNGUNYA E ZIKA**

[...] a coisa pode ficar feia no País todo, até porque não é somente o Rio que tem um número incontável de focos de mosquito. A miséria e a indiferença com o próximo vivem em todas as cidades brasileiras [...]. (RIBEIRO, 2008)

Quando e onde surgiram os primeiros casos de dengue no Brasil? Em relação a algumas doenças já elencadas no capítulo, a dengue, a chikungunya e a zika são doenças epidêmicas bem mais recentes na Bahia. Olhando primeiramente para a dengue, os primeiros relatos da doença no Brasil, segundo o Instituto Oswaldo Cruz (2021), pertencem ao final do século XIX e ao início do século XX; períodos nos quais a febre amarela – dentre outras doenças epidêmicas em voga na época – ainda era de grande preocupação no que tange ao mesmo mosquito vetor *Aedes aegypti*.

Dessa maneira, o vírus da doença foi evidenciado, em transmissão autóctone, apenas entre 1981 e 1982, em Boa Vista, Roraima, quando se isolaram apenas os subtipos virais DENV-1 e DENV-4. Certamente, mesmo já tendo sido detectados quatro sorotipos do vírus da dengue – DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 –, os quais podem igualmente levar à forma mais severa da doença, o país enfrentou

epidemias de grandes magnitudes, desde 1982 até o início dos anos 2000, com a circulação majoritária dos sorotipos DENV-1 e DENV-2 em mais de 2.700 municípios. (INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2021; TEIXEIRA, 2001)

Como a dengue se impôs historicamente no Brasil e em suas regiões? Antes de tratar de dados estatísticos e epidemiológicos, é de fácil percepção que, assim como a febre amarela que surgiu e persistiu conforme o desmatamento da mata atlântica aumentava, desde a colonização portuguesa e a urbanização deliberada que ocorreu desde então, a dengue tende a esse mesmo caminho. (INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2021) Assim, muitas doenças vetorizadas – como a febre amarela e a malária – dispersaram-se, na época, mediante viajantes e caminhoneiros associados às linhas de produção interestaduais. (DIAS, 1996-1997) Ainda assim, é preciso lembrar que a dengue é mais uma zoonose intimamente relacionada às condições ambientais, educacionais e sanitárias das populações em que os casos começam a aparecer. (MELO, 2005; SOUZA, 2011)

E quais os reais riscos impostos pela dengue na Bahia historicamente? Fora um foco de *Aedes aegypti* que ocorreu em Salvador no ano de 1976, a primeira epidemia da dengue na Bahia foi causada pelo DENV-1 na cidade de Ipupiara, na região da Chapada Diamantina, em 1987. (TAVARES-NETO, 1996-1997; VASCONCELOS et al., 2000) Tal ocorrido, segundo a nota histórica de Tavares-Neto (1996-1997), teve como estopim a contaminação de um caminhoneiro morador de Ipupiara que voltava do Rio de Janeiro, a cidade que estava em um surto independente na época. O mais interessante e curioso quanto a esse surto está no fato de, mesmo sendo o primeiro na Bahia, ter sido eficientemente isolado e controlado mediante o combate ao mosquito em um período de 90 dias. (TAVARES-NETO, 1996-1997; VASCONCELOS et al., 2000)

Em 1995, no entanto, um novo surto do sorotipo DENV-2 se iniciou em cidades do extremo sul da Bahia, tais como Prado, Teixeira de Freitas, Porto Seguro e outras. (TAVARES-NETO, 1996-1997) A partir de então a doença, sendo caracterizada por dores musculares, dispersou-se com o nome popular de “requebro” em alusão a uma música de sucesso na época. Chegou em Feira de Santana via rodovia litorânea e, aproximadamente três semanas após o carnaval de 1995, Salvador foi acometida por uma epidemia espantosa com Índices de Infestação Predial (IIP) do *A. aegypti* superior a 10% em alguns bairros. A seguir, entre novembro e dezembro de 1996, o sorotipo DENV-1 retorna a afetar o estado a partir dessas mesmas cidades do extremo sul, acarretando, em 1997, uma segunda epidemia em Salvador. (TAVARES-NETO, 1996-1997)

Algo bastante intrigante frente a tudo isso é que Tavares-Neto (1996-1997) – professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) –, muito antes de ocorrer a epidemia de dengue hemorrágica em 2002 – com a intro-

dução do DENV-3 –, já pontuava como alguns bairros de Salvador, ao manterem um IIP acima de 2%, possuíam altíssimo risco de gerar surtos graves da doença. Isso, evidentemente, só comprova a necessidade de investimentos constantes em estudos e pesquisas epidemiológicas.

Mesmo tendo enfrentado as epidemias na década de 1990, as autoridades públicas de Salvador não conseguiram prevenir outros surtos? Antes de ocorrer um novo aumento dos casos em 2001 e a epidemia em 2002 propriamente – na qual se teve centenas de casos de dengue hemorrágica –, havia uma falsa impressão social de que o *A. aegypti* estivesse controlado em Salvador devido a:

- 1) à notificação deficitária dos casos;
- 2) às dificuldades de diagnóstico clínico-epidemiológico e soro-virológico;
- 3) à redução de pessoas suscetíveis; e
- 4) ao número elevado de pessoas – de 50% a 75% – assintomáticas ou oligosintomáticas. (TAVARES-NETO, 1996-1997)

Tudo isso se assemelha muito ao cenário vivido praticamente 20 anos depois – em 2020 – com o ramo brasileiro da pandemia da covid-19, na qual algumas dessas mesmas causas listadas se repetiram, como as dificuldades de diagnósticos soro-virológicos – sobretudo no princípio da pandemia – e o número elevado de pessoas assintomáticas. Certamente, entendendo que se trata de doenças e contextos históricos distintos, não é válido simplesmente traçar uma relação entre os dois fatos. No entanto, é possível perceber desafios epidemiológicos que se repetem e que podem se repetir.

Outro ano que se destacou foi o de 2009, quando mais uma assustadora epidemia acometeu Salvador e toda a Bahia. O próprio escritor baiano João Ubaldo Ribeiro (2008) – vencedor do Prêmio Camões 2008 – redigia constantes críticas a todo esse cenário:

A alegria, contudo, empanou-se-me cá um pouco, ao ler e ouvir as estatísticas sobre a dengue. Vários médicos amigos meus me asseguraram que a epidemia já é clara há meses, mas as autoridades de todos os níveis negam. Não sei se já estabeleceram se o mosquito da dengue é federal, estadual ou municipal, mas, conhecendo os nossos políticos, não duvido nada que um deles, ou vários deles, venham nos dizer e até escrevam artigos nos jornais, que se trata de uma estratégia de combate ao diabólico mosquito. Sem se declarar a que esfera da saúde pública o mosquito está vinculado e muito menos se ele está causando uma epidemia, provoca-se nele grave crise de identidade e autoestima, que poderá a vir debelá-lo.

E a chikungunya? Como, quando e onde ela surgiu? De forma muito recente, no dia 5 de setembro de 2014, iniciou-se a investigação dos casos suspeitos de chikungunya em moradores do bairro do município baiano de Feira de Santana. (BAHIA, 2014) De fato, a Bahia não só foi acometida por uma epidemia sem precedentes de chikungunya nesse período, como também foi o local de surgimento dos primeiros de muitos casos que se espalharam pelo Brasil. Os anos de 2014 – de setembro a dezembro –, 2015 e 2016 corresponderam, respectivamente, a 2.459, 24.304 e 53.135 casos de febre chikungunya, havendo uma redução apenas em 2017 com a contagem de 10.423 casos. (BAHIA, 2015, 2017)

E quando que a zika entra nessa história toda? Também recém-chegada e quase que simultaneamente à febre chikungunya, a zika chega à Bahia já com números de casos bem altos. No ano de 2015, enquanto a chikungunya registrava uma marca de 24.304, a zika já demandava um registro de aproximadamente 65.000 casos, número também acima do respectivo à dengue. Apesar da suspeita de uma nova doença já ter começado no mês de fevereiro de 2015, tal doença foi desvendada na Bahia apenas no dia 29 de abril de 2015, quando pesquisadores do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da UFBA identificaram o zika vírus por meio da técnica do RT-PCR – a qual corresponde ao atual padrão ouro de diagnóstico para a covid-19 – em amostras oriundas do município de Camaçari. Desde então, a Bahia e, sobretudo, Salvador viveu mais uma epidemia sem precedentes de uma nova arbovirose pouco conhecida e que, como se não bastasse, acarretava complicações neurológicas em significativa parcela dos casos, bem como o quadro de microcefalia em recém-nascidos de gestantes expostas ao zika vírus. (BAHIA, 2015)

## **MALÁRIA**

Ela veio de longe, do São Francisco. Um dia, tomou caminho,  
entrou na boca aberta do Pará, e pegou a subir. Cada ano  
avançava um punhado de léguas, mais perto, mais perto  
pertinho, fazendo medo no povo, porque era sezão da brava –  
da ‘tremedeira’ que não ‘desamontava’ – matando muita gente.  
(ROSA, 2015, p. 113)

Qual a relevância de se fazer um recorte histórico específico da malária? Para responder isso, é indispensável visualizar, primeiramente, o impacto dessa patologia no mundo e no país. Conforme a literatura científica de Kumar, Abbas e Aster (2018), calcula-se que a malária, na atualidade, acomete 500 milhões de pessoas ao redor do mundo, sendo responsável pelos óbitos de mais de 400 mil pessoas a cada ano. (UNITED NATIONS, 2021) Entretanto, a doença já vem, há séculos, dis-

seminando-se e afetando milhões de pessoas na história da humanidade. E como evidência a OMS (2021), ainda é uma doença ameaçadora.

Certamente, apesar de ser originária e endêmica da África Equatorial, o processo histórico e gradual de globalização levou a malária a se estabelecer em muitas outras regiões tropicais e subtropicais ao redor do mundo (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018) – como em localidades do Brasil. Isso, quando aliado às indiferenças governamentais no engajamento científico e na realização de medidas sanitárias específicas, tende a ampliar o número de enfermos e de óbitos nas zonas acometidas pela malária. (BRITO, 2018)

Mas, a fundo, o que era e o que é a malária? Em uma visão patológica, é essencial ter em mente que a malária pode ser causada por até cinco tipos diferentes de protozoários, destacando-se três espécies principais no Brasil: *Plasmodium falciparum*; *Plasmodium vivax*; *Plasmodium malariae*. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2013) Todas as espécies, no entanto, pertencem a um ciclo patogênico complexo – dito heteroxênico – que compreende, resumidamente, dois hospedeiros: o mosquito vetor *Anopheles sp.* e o ser humano. (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018)

Como indicam os estudos brasileiros da Fiocruz (2013), essa primeira espécie citada, cuja epíteto é *falciparum*, acarreta a forma mais grave da doença, levando a um quadro de anemia caracterizado por:

- 1) destruição de até 25% das hemácias; e
- 2) alteração da estrutura dos glóbulos vermelhos restante para um formato de foice, significando a nomenclatura acadêmica anemia falciforme.

Entretanto, mesmo com uma quase igualdade, em 1983, entre os números epidemiológicos de *P. falciparum* e de *P. vivax*, a espécie de maior prevalência nas epidemias registradas no país era e ainda é a *P. vivax*. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2013; TAUIL et al., 1985) Adiante, por mais que a infecção por esta espécie tenda a ser mais branda, há maior dificuldade no tratamento em virtude do alojamento prolongado do *P. vivax* no fígado. Nessa perspectiva, é evidente que algumas pessoas, em virtude de suas peculiaridades fisiológicas, como gestantes e crianças, estejam mais vulneráveis a essas alterações patológicas – seja qual for a espécie do patógeno; demandando manejo clínico preciso, rápido e resolutivo no tratamento dos doentes. (UNITED NATIONS, 2021)

E qual o real impacto já vivido na Bahia em relação à malária? A nível nacional, apesar de atualmente a região amazônica concentrar cerca de 99% dos casos de malária no país (FUCHS, 2019), Souza (2011, p. 3) pontua que tiveram alguns períodos marcantes na história da Bahia em que a malária quase se firmou como uma endemia do estado:

Não à toa, nas primeiras duas décadas do século XX, doenças como a tuberculose, a malária e a disenteria, além de fazerem muitas vítimas, eram quase endêmicas no estado. No quinquênio anterior às epidemias de 1918 e 1919, a taxa de mortalidade provocada por essas doenças manteve-se mais alta não só em relação à gripe, como também a doenças como a peste, a varíola e a febre amarela.

Assim, sendo também conhecida por outras nomenclaturas acadêmicas e populares conforme os locais em que deixou óbitos – como impaludismo, febre palustre, maleita, sezão e febre terçã ou quartã –, a malária se inclui dentre as que mais acometeram o estado da Bahia até as primeiras décadas do século XX. (GOULART, 2011; SOUZA, 2010) Ainda segundo Cruz de Souza (2011), o aumento expressivo no número de habitantes na capital Salvador – que foi de 205.813 em 1900 para 348.130 em 1912 (RECENSEAMENTO BRASIL, 1976 apud SOUZA, 2011) – agravou problemas infraestruturais que levaram a péssimas condições sociais de moradia e de trabalho. Ela ainda lembra que vários inspetores sanitários e médicos da época já apontavam para a relação íntima que ocorria entre os altos números de doentes na capital com todo o cenário insalubre em evidência:

[...] a limpeza do espaço urbano, as condições de moradia, os sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, as condições de trabalho, a venda e a manipulação de alimentos, a dieta e a pobreza, bem como os hábitos morais e de higiene diária eram fatores que contribuíam para a incidência e propagação de doenças [...]. (SOUZA, 2010, p. 97)

Bom, o mais assustador de se imaginar é que, segundo aquele mesmo recenseamento do Brasil (1976) citado por Souza (2011), a tamanha taxa de mortalidade das epidemias de tuberculose, malária e disenteria foram responsáveis – juntamente à varíola e, sobretudo, à gripe espanhola – por uma redução assustadora no número de habitantes em Salvador: de 348.130 habitantes em 1912 para 283.422 habitantes. O jornal baiano *A Tarde* da época, como referencia Souza (2011, p. 8), estampou, no dia 13 de novembro de 1919, a seguinte manchete: “A capital deshabita-se. Crescem as cifras de mortalidade. Há dois anos, a morte paira sobre a cidade”.

Mas porque a malária persiste fortemente em regiões equatoriais depois de tantos séculos de sua existência? Além de questões envolvendo mutabilidades genéticas e ciclos patogênicos heteroxênicos, muito sobre a permanência da malária como uma endemia em estados da Região Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil se relaciona com as negligências governamentais históricas – municipais, estaduais e federais – frente a feitos sanitárias, preventivos e de tratamento efe-

tivo. Como pontua Tauil e demais autores (1985, p. 77), os altíssimos números de infecção por malária no ano de 1983 mantinham uma relação forte com a falta de medicamentos em zonas endêmicas e o fechamento da única fábrica do inseticida DDT no Brasil, levando à aquisição por lenta importação.

E quem sofreu com tudo isso? Evidentemente, a população que mais sofreu e ainda sofre com tudo isso é aquela mais socioeconomicamente vulnerável, a qual tende a se alocar em locais insalubres das zonas urbana e rural. Portanto, é de fácil percepção que desde os primórdios epidêmicos no estado da Bahia, quando Salvador e outras cidades baianas lidavam com um compilado de doenças epidêmicas, a malária já era uma das enfermidades que acometia muito mais a camada mais pobre da população baiana; não surtindo tanto efeito, portanto, em escândalos de enfermidade. (SOUZA, 2011, p. 4)

## TUBERCULOSE

Miguilim corria, tinha uma dor de um lado. Esbarrava, nem conseguia ânimo de tomar respiração. Não queria aluir do lugar [...] num átimo não podia também desistir de nele pousar, e ir embora? Ia. Mas não adiantava, ele sabia, deu descordo. Já estava héctico. Então, ia morrer, mesmo, o remédio de seo Deográcias não adiantava. (ROSA, 2019, p. 43)

Atual ou milenar? A tuberculose é uma doença respiratória provocada pelo bacilo de Koch, conhecido cientificamente pelo nome de *Mycobacterium tuberculosis*. A doença já foi conhecida também por outros nomes no passado, como tísica, e os pacientes acometidos por ela chamados de héticos, ou hécticos (como observamos no trecho citado acima). A sua história é tão antiga que se perde em meio a própria história da humanidade, acreditando-se que os humanos tenham adquirido a infecção há mais de 10 mil anos, dos auroques domesticados – animais selvagens que pastavam pelas pradarias da Ásia e Europa –, sendo esses os ancestrais dos gados de corte e de leite que conhecemos atualmente. (GOULART, 2011)

A história se repetiu por todos os continentes? Nas Américas a história foi um pouco diferente, já que aqui não existia auroques, a doença foi trazida pelos colonizadores europeus, que ao desembarcarem nas terras estrangeiras trouxeram consigo bois, vacas e homens infectados, e o que conseqüentemente, ocasiona na chegada da tuberculose às nossas terras. Essa e outras enfermidades foram as responsáveis por dizimar as populações que aqui viviam, já que os nossos nativos estavam muito mais vulneráveis à doença do que os colonizadores, já que os milhares de anos em contato com a tuberculose fizeram desses um pouco mais

resistentes a ela. A partir do ano de 1500 essa e outras calamidades foram, parcialmente, responsáveis pelo genocídio dos nativos que vivam em terras tupiniquim e em outras regiões das Américas, e, a tuberculose entre elas marca a história do nosso país até os dias de hoje. (GOULART, 2011)

Qual o decorrer da epidemia no nosso país? O século XX foi um marco na história da tuberculose no Brasil, consagrando diversos ícones canônicos de grande significado para os enfermos e para os estabelecimentos, programas e profissionais que travaram uma árdua batalha contra a profilaxia da moléstia. (ANTUNES, 2000) Neste período a tuberculose ressurgiu com notoriedade em países desenvolvidos, além de ter consolidado a sua presença marcante e por vezes, crescente em países em desenvolvimento. Entre os fatores associados a este fato, destacam-se os fatores sociais como determinante principal associado à ocorrência da doença. Além disso, outros agravos como a insuficiência de recursos direcionados ao cuidado em saúde e a falta de decisão política por parte dos gestores para priorizar as ações efetivas de controle têm colaborado para agravar o quadro. (XAVIER, 2007)

Isso se repetiu no território baiano? Entre as décadas de 1980 e 1990 foram realizados estudos ecológicos na cidade de Salvador, com a finalidade de estabelecer uma ligação consistente entre a tuberculose e as condições de vida da cidade. A relevância desses estudos é capaz de firmar uma forte ligação entre a incidência da doença e a proporção por áreas e populações da cidade soteropolitana, onde as regiões que concentravam maiores índices populacionais e condições desfavoráveis apresentavam uma taxa de letalidade elevada. (ERAZO CHEZA, 2009) No ano de 1935, já morriam em torno de 1.600 pessoas, por ano, de tuberculose pulmonar, somente em Salvador (algo em torno de 400 mortes a cada 100 mil habitantes), se tornando a mais elevada do Brasil e uma das mais elevadas dos centros civilizados do mundo. (MACHADO, 2008) No período de 1999 o estado da Bahia apresentou taxa de incidência de 60/100 mil habitantes, contribuindo com cerca de 10% dos casos do país, chegando a ocupar a terceira posição em número de casos, quando comparado com os demais estados. A situação fica ainda mais alarmante com a chegada da epidemia de aids, entre as décadas de 1980 e 1990, sendo necessário assim estabelecer a possibilidade de uma coinfeção aids/tuberculose nos perfis epidemiológicos traçados pelas autoridades de saúde da época. (XAVIER, 2007)

E quais as medidas adotadas para conter o seu avanço? Como resposta emergente e necessária à calamidade que se instalava no Brasil e no estado da Bahia, o prof. José Silveira, que acabava de retornar da Alemanha, fundou em 21 de fevereiro de 1937 o Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose (IBIT). Este localizava-se no Ambulatório Augusto Vianna da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), sendo marcada como a primeira organização do Brasil com o objetivo específico de combate à tuberculose, e, com representantes de renome no seu conselho

consultivo, tendo o professor Edgard Santos como presidente da instituição e o prof. César de Araújo como vice-presidente. Depois dos resultados positivos apresentados pela organização, foi inaugurado no dia 12 de maio de 1955 a segunda parte do prédio do IBIT, em sessão solene presidida pelo então governador do estado da Bahia, dr. Régis Pacheco, e contando com a presença de seu secretário de Saúde, o dr. Orlins Costa e importantes personalidades da época. Dando continuidade aos trabalhos de combate à tuberculose, o diretor do Hospital Getúlio Vargas, o dr. Roberto Simon Filho, criou no ano de 1975, o Ambulatório de Pneumologia deixando a chefia da unidade a cargo do dr. Almério de Souza Machado (2008), permanecendo nessa função até outubro de 1976, quando foi posto à disposição do Hospital Octávio Mangabeira da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab).

Qual a importância real da Bahia e de suas figuras nesse contexto? Na contemporaneidade, os médicos pneumologistas baianos ainda têm mantido contínua e frutífera as atividades didáticas e científicas na prática médica voltadas a essa área de atuação, perpetuando todo o trabalho que se iniciou ao final da década de 1950, na 3ª Clínica Médica da FMB/UFBA. A Pneumologia na Bahia encontra-se muito bem representada a nível nacional, revelando-se imponentemente como um dos melhores centros do país, haja vista a qualificação e capacitação dos seus profissionais com número crescentes de mestres e doutores. (MACHADO, 2008)

A elevada incidência fez com que o Brasil nos anos 1990 assumisse que diagnosticar e tratar tuberculose não seria exclusividade de pneumologistas e sim de todos os médicos em todos os espaços de cuidados e com a ênfase na organização da Atenção Básica, esse passou a ser um espaço importante para identificação e tratamento dos casos em sua maioria, forma pulmonar.

## **CÓLERA**

Não era fácil conservar o destemor diante da desconhecida doença, que prostrava, quando matava, milhares de pessoas. A possibilidade do contágio provocava medo, terror e pânico nos baianos.

Quem é a cólera e o que sabiam sobre ela? A cólera é uma moléstia que atravessou oceanos com um poder devastador de destruição. Segundo Santos (1994) ela é originária da Ásia, sendo que seu maior destaque na historiografia diz respeito às populações europeias, fato que se deve a questões sociais, políticas e pelo seu caráter epidêmico. A partir das eclosões de casos de cólera que permearam a Inglaterra no ano de 1854, despertou em John Snow o interesse em investigar a então epidemia que assolava a população. Os pesquisadores da época apontavam a cólera como uma moléstia transmitida pelo ar, mas em suas pesquisas, Snow desconfiou que devido às características de caráter gastrointestinal e não respira-

tório, a cólera não poderia ser transmitida pelo ar advindo dos enfermos. Durante sua pesquisa fez a observação da existência de pessoas que adoeciam mesmo estando a longa distância dos infectados por cólera, sem ter contato com os doentes ou objetos destes, entretanto, a semelhança que uniam essas pessoas era o esgoto e fontes de água. Então, fez a suposição que essa moléstia se espalhava a partir das secreções advindas dos doentes. Dessa maneira, foi possível indicar que haveria a possibilidade de transmissão infecciosa hídrica. Os achados de Snow, no primeiro momento, não foram bem acolhidos pelos governantes e comunidade científica. Contudo, essa descoberta tornou-se posteriormente um achado importante para a ciência médica, pois as águas tidas como instrumento de higiene, passaram também a estar associadas a transmissão de enfermidades. (ALMICO et al., 2020)

Hoje sabe-se, segundo o Ministério da Saúde, que:

A cólera é uma doença bacteriana infecciosa intestinal aguda, transmitida por contaminação fecal-oral direta ou pela ingestão de água ou alimentos contaminados. Frequentemente, a infecção é assintomática ou causa diarreia leve. Pode também se apresentar de forma grave, com diarreia aquosa e profusa, com ou sem vômitos, dor abdominal e câibras. Quando não tratada prontamente, pode ocorrer desidratação intensa, levando a graves complicações e até mesmo ao óbito. A doença está ligada diretamente ao saneamento básico e à higiene. (BRASIL, 2020)

Quando chegou ao país e quais foram as repercussões desencadeadas na Bahia? O Brasil foi pela primeira vez atingido por uma devastadora epidemia de cólera nos anos de 1855 e 1856, a qual deixou cerca de 200 mil vítimas. (SANTOS, 1994) Os primeiros casos advieram da província do Pará no ano de 1855 (REGO, 1873) e em 21 de julho do mesmo ano chegou à cidade de Salvador, a agressiva epidemia de cólera morbo, denominação da doença na época, movimentando as estruturas estabelecida no plano econômico, relacional e comportamental. (DAVID, 1993) A epidemia ceifou por volta de 35.981 vidas na Bahia e sua mortalidade na capital chegou a cerca de 9.849 mil pessoas. (REGO, 1873, p. 104) De acordo com (ALMICO et al., 2020, p. 179), “A doença se espalhava entre todos, não distinguindo sexo e idade, a ponto de o terror ter-se apoderado da população”, entretanto era a população que vivia em condições insalubres, negros e pardos, que foram mais afetados, apresentando uma taxa de mortalidade maior. (UJVARI, 2003, p. 203) Essa tendência de maior acometimento e sofrimento das populações socioeconomicamente carentes seguem como ponto de encontro entre as grandes epidemias que permearam a história da humanidade. Assim, se sucedeu na epidemia de cólera, em que houve aumento do custo de vida, especulação imobiliária, diminuição da produção agrícola, culminando em aumento de preços e

escassez dos alimentos, fatores que em maior escala afetaram a população mais pobre. (UJVARI, 2003)

Como a população soteropolitana lidou com essa peste? O cenário enfrentado pelos habitantes era aterrorizante, lidavam com a falta de regularidade nas medidas profiláticas, ausência de médicos, em um cenário em que as autoridades também estavam amedrontadas com medo da morte, o que aumentava a insegurança da população, que recebia tratamentos que não surtiram grandes efeitos. (DAVID, 1993) As condições estavam precárias, morriam diariamente pessoas nos bairros de Salvador e o pânico da população só aumentava. Nesse momento a população contou com o apoio da FMB, que suspendeu suas atividades para que médicos e alunos auxiliassem os enfermos durante a calamidade. (UJVARI, 2003) Muitos corpos eram abandonados nas portas das igrejas, cemitérios e até nas ruas da cidade, pois a ideia do contágio possibilitada por esses corpos era predominante, assim o abandono crescia o que piorava a situação e a, já então precária, condição de higiene existente. (DAVID, 1993) Cabe destacar que a teoria miasmática era predominante e bases científicas não comprovaram a transmissão infecciosa por vias hídricas, descartando assim essa possibilidade. Dessa maneira, as medidas adotadas na época seguiam essa teoria, o que não era muito efetivo para o enfrentamento da epidemia de cólera.

Quais mudanças foram geradas nesse período? A principal mudança advinda da epidemia de cólera, é referente ao modo de se fazer enterros, que até então eram realizados dentro das igrejas e reservados a uma minoria protestante europeia e norte-americana. Essa prática já vinha sendo criticada desde a década de 1830, “Com base na teoria dos miasmas, os médicos não aceitavam esse tipo de enterro pelo fato de as igrejas estarem próximas a aglomerações humanas”. (UJVARI, 2003, p. 138) Assim o cemitério do Campo Santo inaugurado em 1836 em meio a represália por parte da sociedade, ganhou agora aceitação, seu funcionamento entrou em plena operação, recebendo grandes números de mortos pela cólera. (UJVARI, 2003)

A cólera foi erradicada? O período de 1855 a 1856 representou a terceira pandemia de cólera com início na Índia. Na Bahia a cólera se tornou endêmica a partir de 1858, manifestando-se, sobretudo, em marinheiros entre 1869 e 1879. Por um bom tempo não se teve cólera como epidemia no Brasil. (CHAVES, 2000) O retorno ocorreu durante a sétima pandemia de cólera de início na Indonésia, em 1961, e atingiu o Brasil em 1991 pela fronteira do Amazonas com o Peru, permanecendo com altos índices de incidência até 1994, principalmente na Região Nordeste. (GEROLOMO, 1999) Na Bahia os últimos registros de casos de cólera ocorreram em 2000. (BRASIL, 2009, p. 19)

## CAMINHOS PARA CONSTITUIÇÃO SANITÁRIA NA BAHIA

As doenças epidêmicas que transcorreram na história da humanidade, tiveram relevância na incitação para constituição e implementação de ações de Saúde Pública. Na Bahia, o combate às doenças epidêmicas que assolavam o estado tornou-se um estopim de motivação das ações de saúde empreendidas pelos poderes públicos. Polignano (2001, p. 2) descreve que a relação entre “A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los”. Ele salienta que os momentos de endemias ou epidemias são importantes em termos de repercussão econômica ou social recebendo maior atenção, em geral, enquanto epidemias, porém perdem importância quando se estabelecem como endemias. Assim as implicações motivadas no período não se conservam, retornando ao plano secundário. (POLIGNANO, 2001, p. 2)

Na Bahia essa lógica se sustentou. Os momentos epidêmicos foram capazes de gerar movimentos estruturais para uma constituição de redes de assistência à saúde, realidade que era pertinente também a outros estados federativos do Brasil. (SOUZA, 2011) O primeiro grande momento evidenciado nesse caminho, ocorreu com a chegada da família real em 1808, a Bahia já havia enfrentado grandes crises epidêmicas e as condições de saúde e salubridade, até então, eram precárias. Polignano (2001, p. 3) acrescenta em seus estudos, a realidade sobre o Brasil em ser “Um país colonizado, basicamente por degredados e aventureiros desde o descobrimento até a instalação do império, que não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo”.

Assim, com a chegada da família real algumas medidas começaram a ser empreendidas, mas estavam direcionadas a trazer, como interesse primordial, um controle sanitário mínimo. (POLIGNANO, 2001, p. 3) Dentre as medidas mais relevantes impostas nesse sentido no período do Império, podemos citar a fundação do Colégio Médico-Cirúrgico acomodado no Real Hospital Militar da cidade de Salvador por d. João VI, responsável também pela fundação da Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao Real Hospital Militar durante o ano de 1808. (POLIGNANO, 2001, p. 3) Já em 1809, foi criada a Provedoria-Mor da saúde, pelo príncipe regente, com objetivo de fiscalizar e promover o saneamento das cidades, detendo as irregularidades que se configuram em risco a Saúde Pública, outro ponto marcante foi a criação de dois cursos de Cirurgia e Anatomia nos hospitais militares de Salvador e Rio de Janeiro.

No decorrer do século a constante reincidência da febre amarela na Bahia motivou também que o presidente da província, José Mauricio Wanderley, solicitasse

subsídios do governo imperial para criar em 1853 um espaço permanente para fazer o isolamento dos doentes. Nesse período, houve uma tendência para que, em conjunto com as elites, os poderes públicos, buscam-se alternativas para combater as constantes ondas epidêmicas que afligiram a população baiana, sobretudo os soteropolitanos, que recebiam em seu porto comercial um fluxo de pessoas de diversas nacionalidades. (SOUZA, 2011) Assim, a assistência à saúde, como as intervenções na estrutura e infraestrutura urbanas, passou a fazer parte do projeto das elites soteropolitanas, pois “os momentos de crise desencadeados pelas epidemias provocaram, entre as elites, uma crescente percepção de que os efeitos externos da pobreza afetam coletivamente os mais prósperos”. (SOUZA, 2011, p. 93) As mudanças se tornaram mais evidente a partir da epidemia de cólera de 1855 em Salvador, que irrompeu sem fazer distinção de classe, mas afetando em maior escala os menos favorecidos. (SOUZA, 2011)

Para tanto, as ações empreendidas por parte do poder público e das elites a partir do século XIX, limitavam-se em parte a efetuar segregação dos indivíduos, em uma preocupação em tirar da vista as mazelas existentes do que propriamente resolvê-las, o que não gerou benefícios para a população. A partir da República, nasceu a percepção que esse mecanismo de segregação e assistencialismo não eram eficazes para contenção de doenças epidêmicas, que se propagavam em todos os meios sem fazer discriminação. Assim, a elite baiana notou que a imagem do estado, sem eficiência em termos de serviços sanitários, era prejudicial à economia, que era baseada em comércio portuário de exportação e importação. Os surtos epidêmicos afastaram os comerciantes e investidores estrangeiros, além disso, com os altos números de mortos diminuía a mão de obra prejudicando a organização da produção. Apesar dos esforços empreendidos na época, não se estabeleceu uma implantação de políticas públicas de saúde amplas, compulsórias, permanentes e eficazes, pois, dentre outros fatores, o alcance desses termos era dificultado pela falta de recursos financeiros, pela descentralização de funções dos poderes públicos, que desperdiçaram mão de obra, tempo e verbas, além da existência de interesses ambíguos entre os gestores. (SOUZA, 2011)

A partir das primeiras décadas do século XX pode-se perceber uma rede de assistência mais eficaz na evolução sanitária brasileira. Sendo que, as campanhas sanitárias tomaram destaque, trazendo resultados para o controle de processos epidêmicos, com maior articulação entre o conhecimento científico, competência técnica e organização do processo de trabalho em saúde que impulsionaram o processo de melhoria no combate e enfrentamento de doenças epidêmicas que tanto já impactaram o Brasil. (FUNASA, 2017)

## UM OLHAR PANORÂMICO SOBRE AS EPIDEMIAS E A ATUALIDADE

É fato que, as limitações impostas pelos dados históricos sequer podem descrever a real magnitude dessas epidemias na vida de todos os baianos, mas ainda assim é fato indiscutível que a sua história está longe de uma solução definitiva, e nenhum exemplo mais prático do que a atual pandemia de covid-19 para comprovar essa afirmação. O contexto pandêmico no qual vivemos atualmente traz consigo marcas históricas e escancara a desigualdade social que, desde os primórdios da colonização portuguesa – ou seria mais coloquial o termo invasão? –, marca presença no país e elucida o debate sobre os desafios expressivos para as políticas públicas, principalmente aquelas de caráter protetivo e social, que buscam a preservação ou correção a fim de assegurar uma realidade menos injusta e cruel do que já é. (TROVÃO, 2020)

A velocidade e capacidade de disseminação da covid-19 impõe uma série de desafios semanais, ou até mesmo diários, para a Saúde Pública brasileira, acarretando obstáculos para a tomada de decisão por parte das autoridades em suas diferentes esferas governamentais. O que tem se observado é algo já visto a muito anos na história de outras grandes calamidades, e vem se repetindo: uma polarização na corrida pelo combate à pandemia. De um lado existe a ciência e a busca por tratamentos ou outros tipos de soluções que reduzam a curva de contaminação da doença, pois mesmo com a chegada das vacinas, é observado a alta capacidade de mutação do vírus, o que nos coloca ainda em um desafio constante de aperfeiçoamento, papel desempenhado com excelência pela ciência. (CARDOSO et al., 2020) Do outro lado temos as inconsistências políticas que atacam o caráter científico, em prol de ideologias conservadoras e partidárias que silenciam as dores sentidas pelos familiares daqueles que já se foram, e é justamente a fragilidade e as contradições dessa relativa descentralização política que a crise político-institucional de enfrentamento do coronavírus expõe de forma cristalina. (RODRIGUES; AZEVEDO, 2020) Assim, fica evidente que não é possível separar a dinâmica de uma doença que se alastra, as medidas de controle e outras dimensões da vida social e política do país, uma vez que a multidimensionalidade dos fatos é incapaz de desagregar os campos político, social e sanitário dentro de um contexto que se repete historicamente através dos séculos e através das epidemias que devastaram e devastam o país. (HENRIQUES; PESSANHA; VASCONCELOS, 2020)

O cenário pandêmico proporcionou uma percepção de análise social que, há muito tempo, já se concretizava como uma linha de estudo de grande relevância para o meio científico e político. A exacerbação das desigualdades sociais e algumas destas novas posições sociais e as consequências que daí advêm, como o desemprego ou a adaptação mais ou menos difícil ao teletrabalho, são bastante

condicionadas pelas condições sociais que os indivíduos têm, em termos de rendimento, de condições habitacionais, de escolaridade, de gênero, de capacidades linguísticas, entre outros. (CARMO; TAVARES; CÂNDIDO, 2020) Porém, para fins de análise conclusiva, cabe aqui alguns questionamentos acerca do que já vivemos, do que estamos vivendo e do que está por vir: as epidemias dizem mais respeito a problemas sanitários do que sociais? Quanto custa a vida das milhares de vítimas das epidemias que se estenderam ao longo dos séculos? Quais as reais e massivas consequências de uma epidemia para a vida e a memória de um povo? A subjetividade das análises e interpretações podem, até determinado ponto, limitar a realização de conjecturas sobre uma perspectiva abrangente das questões aqui levantadas, ainda assim, cabe a nós fazê-las. Esses e outros elementos foram primordiais para a criação deste capítulo.

Por enquanto, sabe-se que as consequências diversas de uma catástrofe sanitária envolvem prejuízos nos diversos campos, desde o econômico e social, até o psicológico. Esses e outros elementos foram abordados nas entrelinhas desse capítulo com intenções que permitam aferir o papel das vulnerabilidades, que se concretizam em desafios em várias esferas das nossas vidas, particularmente pelo seu exacerbamento que obstaculiza o desenvolvimento sustentável e o alcance de sociedades mais igualitárias. A história nos mostra que as epidemias sempre tiveram um propósito cruel de descapacitar os indivíduos, impedindo-os de exercerem integralmente as suas liberdades, nos distanciando ainda mais de uma sociedade, que há muito tempo já se tornara utópica.

## REFERÊNCIAS

ALMICO, Rita de Cássia da Silva *et al.* *Na saúde e na doença: história, crises e epidemias: reflexões da história econômica na época da covid-19*. São Paulo: HUCITEC, 2020.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; WALDMAN, Eliseu Alves; MORAES, Mirtes de. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 367-379, 2000.

AVILA-PIRES, Fernando Dias de. Ecologia da peste bubônica. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 10, n. 3, p. 161-168, 1976.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Superintendência de Proteção e Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica da dengue. *Boletim Epidemiológico*, Salvador, n. 1, p. 1-2, 17 jan. 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/boletim\\_epidemiologico\\_N01\\_2011\\_17.01.2011.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/boletim_epidemiologico_N01_2011_17.01.2011.pdf). Acesso em: 28 jul. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Superintendência de Proteção e Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico da febre Chikungunya, Bahia, 2014. *Boletim Epidemiológico*, Salvador, n. 7, 12 nov. 2014, p. 1-3, 12 nov. 2014. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Boletim\\_Chikungunya\\_BA\\_N7\\_12112014.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Boletim_Chikungunya_BA_N7_12112014.pdf). Acesso em: 28 jul. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Superintendência de Proteção e Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica da dengue, chikungunya e zika, Bahia, 2015. *Boletim Epidemiológico*, Salvador, n. 1, p. 1-3, 7 jul. 2015. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/boletim-epidemiol%C3%B3gico-N012015\\_DENG\\_CHIK\\_ZIKA\\_1.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/boletim-epidemiol%C3%B3gico-N012015_DENG_CHIK_ZIKA_1.pdf). Acesso em: 28 jul. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Superintendência de Proteção e Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico das arboviroses, Bahia, 2017. *Boletim Epidemiológico*, Salvador, n. 11, p. 1-3, 7 nov. 2017. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Boletim\\_Epidemiologico\\_n1\\_Arbov-07novembro2017.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Boletim_Epidemiologico_n1_Arbov-07novembro2017.pdf). Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de vigilância e controle da peste*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_controle\\_peste.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_peste.pdf). Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cólera*. Brasília, DF, 16 nov. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/colera/colera>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRITO, Ana Clara Farias. *Sanear e curar: saúde pública, higiene e atuação dos postos de profilaxia nos sertões da Bahia (1922-1930)*. 2018. Tese (Doutorado em Ensino Filosofia e História das Ciências) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/28624>. Acesso em: 28 jul. 2021.

CARDOSO, Phillippe Valente *et al.* A importância da análise espacial para tomada de decisão: um olhar sobre a pandemia de COVID-19. *Revista Tamoios*, São Gonçalo, RJ, v. 16, n. 1, p. 125-137, maio 2020.

CARMO, Renato Miguel do; TAVARES, Inês; CÂNDIDO, Ana Filipa. *Um olhar sociológico sobre a crise covid-19 em livro*. Lisboa: Observatório das Desigualdades, 2020.

CHAVES CM. Fluxo e refluxo do cólera na Bahia e no Prata. *In: ENCONTRO DA ANPHLAC*, 4., 2000, Salvador. *Anais [...]*. Salvador: ANPHLAC, 2000.

CHAVES, Cleide de Lima. *Epidemias no Sertão da Bahia: poder e práticas sociais no alvorecer do século XX*. Vitória da Conquista, BA: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2017.

COSTA, Zouraide Guerra Antunes *et al.* Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, PA, v. 2, n. 1, p. 11-26, mar. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232011000100002>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v2n1/v2n1a02.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: a epidemia do cólera na Bahia em 1855-56*. 1993. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1993.

DIAS, Juarez Pereira. Relatório sobre a situação de dengue no Estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 22, n. 1/4, p. 49-67, dez./jan. 1996-1997.

ERAZO CHEZA, Carlos Vinicio. *Distribuição da tuberculose e condições de vida em Salvador: uma análise espacial*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

FIGUEIREDO, Maria de Fátima Lorenzo. *Hospital Couto Maia: uma memória histórica (1853-1936)*. 2010. Dissertação (Mestrado em Ensino, Filosofia e História das Ciências) – Universidade Federal da Bahia, Universidade Estadual de Feira de Santana, Salvador/Feira de Santana, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/15968>. Acesso em: 25 jul. 2021.

FRANCO, Odair. *A história da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Endemias Rurais, 1969. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0110historia\\_febre.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0110historia_febre.pdf). Acesso em: 21 jul. 2021.

FUCHS, Antônio. *Malária: região Amazônica concentra 99% dos casos no Brasil*. Rio de Janeiro, 25 abr. 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/malaria-regiao-amazonica-concentra-99-dos-casos-no-brasil>. Acesso em: 23 jul. 2021.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Cronologia histórica da saúde pública*. Brasília, DF, 7 ago. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica#wrapper>. Acesso em: 24 jul. 2021.

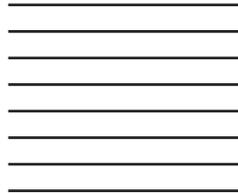
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Malária*. Agência Fiocruz de Notícias, Rio de Janeiro, 10 set. 2013. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/malaria>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GEROLOMO, Moacir; PENNA, Maria Lúcia Fernandes. Os primeiros cinco anos da sétima pandemia de cólera no Brasil: The first five years. *Informe epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 8, n. 3, p. 49-58, 1999.

- GOULART, Adriana da Costa. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 101-142, abr. 2005.
- GOULART, Eugênio Marcos Andrade. *O viés médico na literatura de Guimarães Rosa*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 2011.
- GROSTOM, Florêncio Antônio da Fonseca. *Obras poéticas dedicadas e oferecidas ao ilustríssimo Juiz de Órfãos do Julgado de Meia Ponte, Capitão Joaquim Alves de Oliveira por Florêncio Antônio da Fonseca Groston*. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 1982. (Memórias Goianas, v. 1).
- GURGEL, Cristina Brandt Friedrich Martin; ROSA, Camila Andrade Pereira da. História da medicina a varíola no Brasil Colonial (séculos XVI E XVII). *Revista de Patologia Tropical*, Goiânia, v. 41, n. 4, p. 387-399, out./dez. 2012.
- GURGEL, Cristina Brandt Friedrich Martin; ROSA, Camila Andrade Pereira da; CAMERCINI, Taise Fernandes. A varíola nos tempos de Dom Pedro II. *Cadernos de História da Ciência*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 55-69, 2011.
- HENRIQUES, Cláudio; PESSANHA, Maierovitch; VASCONCELOS, Wagner. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 25-44, 2020.
- HOCHMAN, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 375-386, 2011.
- INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *O mosquito Aedes aegypti faz parte da história e vem se espalhando pelo mundo desde o período das colonizações*. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html>. Acesso em: 28 jul. 2021.
- KIND, Luciana; CORDEIRO, Rosineide. Narrativas sobre a morte: a gripe espanhola e a covid-19 no Brasil. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 32, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/LdMLvxpDHBÝgLqt8fC5SZRp/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.
- KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, John C. *Robbins: patologia básica*. 10. ed. rev. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. E-book.
- MACHADO, Almério de Souza. A história da pneumologia na Bahia: tributo ao professor César Augusto de Araújo. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 195-209, jul./dez. 2008.
- MELO, Paulo Roberto Santana de. *Dengue na Bahia: dinâmica de dispersão do vírus com a introdução do sorotipo 3 (DENV-3) no estado*. 2005. Dissertação (Mestrado em Patologia) – Faculdade de Medicina, Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

- POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina*, Belo Horizonte, v. 35, p. 1-35, 2001.
- REGO, José Pereira. *Memoria historica das epidemias: da febre amarella e cholera-morbo que têm reinado no Brasil*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1873.
- RIBEIRO, João Ubaldo. A guerra da dengue. *Academia Brasileira de Letras*, Rio de Janeiro, 6 abr. 2008. Disponível em: <https://www.academia.org.br/artigos/guerra-da-dengue>. Acesso em: 28 jul. 2021.
- RIBEIRO, João Ubaldo. O mosquito é nosso. *Academia Brasileira de Letras*, Rio de Janeiro, 23 mar. 2008. Disponível em: <https://www.academia.org.br/artigos/o-mosquito-e-nosso>. Acesso em: 29 jul. 2021.
- RIBEIRO, Marcia Moises. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- RODRIGUES, Juliana Nunes; AZEVEDO, Daniel Abreu de. Pandemia do Coronavírus e (des) coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. *Espaço e Economia: revista brasileira de geografia econômica*, Seropédica, RJ, n. 18, p. 1-11, 2020.
- ROSA, João Guimarães. *Campo geral*. São Paulo: Global, 2019.
- ROSA, João Guimarães. *Sagarana*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2015. (Coleção 50 anos).
- SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Um século de cólera: itinerário do medo. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 4, p. 79-110, 1994.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa Murgel. *A bailarina da morte: a gripe espanhola no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. A constituição de uma rede de assistência à saúde na Bahia, Brasil, voltada para o combate das epidemias. *Dynamis*, Granada, ES, v. 31, n. 1, p. 85-105, 2011.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de; HOCHMAN, Gilberto. Ano nove, ano de varíola: a epidemia de 1919, em Salvador, Bahia. *Fênix: revista de história e estudos culturais*, Uberlândia, v. 9, ano 9, n. 3, p. 1-19, set./dez. 2012.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009a.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *Influência nefasta: o assédio das epidemias na Bahia da Primeira República*. Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), 2009b.
- TAUIL, Pedro *et al.* A malária no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 71-111, 1985.

- TAVARES-NETO, José. Nota histórica: dengue no Estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 22, n. 1/4, p. 73-75, dez./jan. 1996-1997.
- TEIXEIRA, Maria da Glória *et al.* Epidemiologia do dengue em Salvador-Bahia: 1995-1999. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, n. 3, p. 269-274, maio/jun. 2001.
- TOLEDO JÚNIOR, Antônio Carlos de Castro. História da varíola. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 58-65, 2005.
- TROVÃO, Cassiano José Bezerra Marques. *A pandemia da covid-19 e a desigualdade de renda no Brasil: um olhar macrorregional para a proteção social e os auxílios emergenciais*. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2020.
- TUCÍDIDES. *A história da Guerra do Peloponeso*. Tradução Mário da Gama Kury. 4. ed. Brasília, DF: Editora Universidade de B, Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2001. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3020663/mod\\_resource/content/1/Hist%C3%B3ria%20da%20Guerra%20do%20Peloponeso.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3020663/mod_resource/content/1/Hist%C3%B3ria%20da%20Guerra%20do%20Peloponeso.pdf). Acesso em: 30 jul. 2021.
- UJVARI, Stefan Cunha. *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. SENAC Rio; São Paulo: Ed. SENAC São Paulo, 2003.
- UNITED NATIONS. World Health Organization. *Global Malaria Programme*. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme>. Acesso em: 2 ago. 2021.
- VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa. Febre amarela: reflexões sobre a doença, as perspectivas para o século XXI e o risco da reurbanização. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 244-258, dez. 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2002000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/X56sxtMwdzXqrqTTMCxZYBc/?lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2021.
- VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa *et al.* Epidemia de dengue em Ipujiara e Prado, Bahia. Inquérito soro-epidemiológico. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 33, n. 1, p. 61-67, jan./fev. 2000.
- XAVIER, Maria Izabel Mota; BARRETO, Maurício Lima. Tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: o perfil na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 445-453, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Weekly Epidemiological Record Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*. [S. l.], jul. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/journals/weekly-epidemiological-record>. Acesso em: 20 set. 2021.



## 19

# DEBATES ENTRE A MICROBIOLOGIA E A MEDICINA SOCIAL

*Diego de Oliveira Souza*  
*Izabelle Rocha Pontes*  
*Juliane Bispo de Oliveira*  
*Luana Araujo Passos*  
*Luciene Sousa Santos*  
*Natanael da Silva de Carvalho*  
*Stefani Paiva de Santana*

## INTRODUÇÃO

A evidente complementaridade histórica existente entre a Microbiologia e a Medicina Social parece contrapor-se aos signos que essas palavras representam. No entanto, ao percorrer a trajetória dessas disciplinas até as respectivas consolidações científicas, torna-se claro o protagonismo que ambas desempenharam para o estabelecimento de uma Medicina capaz de suprir as demandas e necessidades do homem, na contemporaneidade.

Com o avanço, em nível mundial, do novo coronavírus (SARS-CoV-2), a Microbiologia e a Medicina Social fizeram suscitar questões que se constituíram

como imprescindíveis para a contenção e o combate à covid-19. Nesse sentido, do mesmo modo em que a Microbiologia irá auxiliar na compreensão das características do vírus e a forma como ele afeta a saúde humana, a Medicina Social adquire papel fundamental na acentuação da influência da Medicina e da Saúde Pública na vida da população nesse período de pandemia.

O estudo do vírus e o consequente conhecimento sobre a sua estrutura, o seu modo de replicação, as células que são infectadas e os sintomas causados, facilitou o entendimento da maneira como ele se dispôs na sociedade: afetando, de maneira violenta, a população mais vulnerável, em situação de extrema pobreza, com empregos precários, sem acesso a saneamento básico e sem nenhuma segurança alimentar.

Desse modo, as condições sociais se tornam determinantes para o controle das doenças, sendo capazes de mitigar a mortalidade mediante ações que irão perpassar pelo fortalecimento dos sistemas de saúde, intervenções socioeconômicas das autoridades políticas e sanitárias, além da conscientização através da análise dos diferentes contextos em que os indivíduos estão inseridos na sociedade.

Desta forma, este capítulo tem como objetivo descrever o surgimento da Medicina Social e da Microbiologia no mundo e no Brasil, destacando a importância dessas duas áreas no enfrentamento da covid-19.

## **HISTÓRIA DA MEDICINA SOCIAL: UM OLHAR UNIVERSAL, QUE PERPASSA PELA ESCOLA TROPICALISTA DA BAHIA E SE RECONFIGURA NA HISTORICIDADE DA MEDICINA BRASILEIRA**

O surgimento da Medicina Social envolve diferentes contextualizações, como suas origens temporais, espaciais e historiadores da Medicina. A concepção social em saúde remota desde o mundo antigo, perpassando por civilizações que a diferenciava conforme as classes sociais até servir como forma de poder de intervenção estatal e, atualmente, é considerada como um campo de saberes e práticas médicas que envolve os aspectos coletivos, preventivos e sociais da saúde. (JACOBINA, 2018)

Uma das primeiras menções do termo Medicina Social foi feita em 1848 por Jules Guérin numa revista médica em Paris durante o contexto da Revolução de 1848, movimento revolucionário que defendia a Medicina como ciência social. (GARCIA, 2007 apud CASTRO; GERMANO, 2010, p. 2) Esse precursor defendia a união da polícia médica, saúde pública e a Medicina legal, enaltecendo-as sob o nome de Medicina Social. (GARCIA, 1989 apud ANDRADE, 2012, p. 4)

Simultaneamente, na Alemanha, esse termo é difundido por Rudolf Virchow, que foi responsável por fazer orientações para controlar uma epidemia de tifo na Silésia (atualmente na Polônia, na época sob o Império alemão). Nas suas reco-

mendações constava a necessidade de acesso à democracia, educação, liberdade e prosperidade, além da intervenção médica para os acometidos por essa doença. Logo, essas instruções podem ser pensadas como precursoras das políticas públicas no campo da promoção da saúde. (ANDRADE, 2012) Esse médico, juntamente com Salomon Neumann e Rudolf Leubuscher elaboraram três princípios da Medicina Social:

- 1º. A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social.
- 2º. As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser submetidas à investigação científica.
- 3º. Devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas. (ROSEN, 1979, p. 781-85)

Percebe-se, então, que esses médicos buscavam desenvolver uma Medicina voltada para os aspectos sociais conforme a associação entre as patologias e as condições sanitárias. Assim, de acordo com Neumann (1847) citado por Rosen (1983, p. 51) “[...] a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência *social* e, enquanto isto não for reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar de seus benefícios e teremos que nos satisfazer com um vazio e uma mistificação”.

Entretanto, a concepção da Medicina Social não avança nesses países e nem em outras regiões devido a derrota desses movimentos revolucionários, terminando rapidamente. (ROSEN, 1983, 1994) Essa terminologia voltará a ser utilizada em uma reunião feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1952 na França e em 1974 através de um documento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Nesse mesmo ano foi realizada uma conferência no Rio de Janeiro com a presença do filósofo Michel Foucault sobre a temática da origem da Medicina Social. (NUNES, 1994, 2005 apud OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 7)

Esse filósofo acreditava que o capitalismo, no período da Revolução Industrial, teve um papel crucial na socialização do corpo humano enquanto força de trabalho, o que permitiu o desenvolvimento de uma Medicina Social com caráter de controle social e de intervenção estatal. Aqui, claramente Foucault usa a expressão com um sentido hegemônico e não contrahegemônico, usado no século XIX.

Durante o século XVIII na Europa, a Medicina Social foi dividida em três vertentes segundo Foucault (1986). Primeiramente ela se institui na Alemanha como uma Medicina de Estado através da prática da polícia médica, onde o governo alemão buscava melhorar o nível de saúde da população por meio do controle sanitário e populacional. Além disso, ocorreu a normalização da prática e do saber médico com o intuito de padronizar a formação dessa profissão.

Na França houve a difusão de uma Medicina urbana por meio da vigilância e esquadramento das cidades para conter as epidemias e as revoltas populares. Logo, várias medidas foram realizadas, como o afastamento dos cemitérios das cidades, estabelecimento de uma boa circulação de ar e água e a organização e distribuição da água e do esgoto. Por fim, os ingleses desenvolveram uma Medicina da Força de Trabalho, na qual o pobre e o proletariado foram objetos de medicalização através da Lei dos Pobres, que prestava uma assistência controlada aos pobres e, concomitantemente, protegia a burguesia do contágio dessas doenças. (FOUCAULT, 1986)

Desta forma, como já referido, há um nítido contraste entre as concepções da Medicina Social. Inicialmente, ela foi constituída conforme o seu aspecto social, com ênfase na coletividade e nas ações de promoção e prevenção da saúde, caracterizando-se como um movimento contrahegemônico para aquela época. Com este sentido ela é grafada em maiúscula, Medicina Social, como um movimento social. Posteriormente, Foucault usa a expressão (em minúscula: “medicina social”) para caracterizar uma nova configuração da sociedade decorrente do processo da industrialização. O interesse estatal surgiu como forma de garantir a ordem social para tornar as populações mais saudáveis e produtivas, evitando a disseminação de doenças para a burguesia.

Ademais, sobre a grande expressividade e ampliação de sua atuação social no mundo, é necessário destacar o surgimento de uma estratégia de promoção da saúde que se desenvolveria diretamente da necessidade da Medicina Social em lidar com a relação do processo saúde-doença. Nos períodos que antecedem o século XX, as concepções criadas para lidar com as causas do adoecimento da população variam a partir do olhar lançado pelo observador, pois além de pessoas que praticavam a arte da cura, filósofos e sociólogos também discutiam a existência dessa bivalência, visto que, sob um ponto de vista de outras áreas, estar saudável ou doente pode ser um estado decorrente de elementos – saneamento, água potável, desigualdade social etc. – presentes na estrutura social que compõe o espaço e o dia a dia do sujeito. (OLIVEIRA; EGRY, 2000)

A possibilidade do processo discursivo existente em diferentes contextos sobre a determinação de bases que formassem uma explicação sobre a relação saúde-doença, proporcionou o estabelecimento de um rearranjo dentro do campo da Medicina Social, feito por Henry Sigerist. Sanitarista e influente historiador da Medicina no século XX, Sigerist reordenou as funções da Medicina em: promoção da saúde; prevenção de enfermidades; cura e reabilitação. Ele foi o primeiro a usar o termo promoção da saúde para destacar as necessidades de se trabalhar com ações que visavam estabelecer melhores condições de vida para os sujeitos, por meio da educação sanitária e ações do Estado. (ANDRADE, 2012)

As principais ideias que Sigerist defendia em seu programa de saúde era que toda a população deveria ter acesso livre à educação, principalmente em saúde, necessidade de um ambiente de trabalho que fornecesse condições para uma melhor qualidade de vida do trabalhador e melhores condições de vida para a população. Ele também destacava a importância de um acesso universal e público à saúde, composto de uma equipe responsável pelo bem-estar de uma população, sempre disposto a cuidar, aconselhar e manter a saúde na sua restauração, diante de uma possível falha da prevenção, assim como melhores espaços de lazer e recreação. E por fim, o sanitarista propõe a existência de centros médicos de capacitação e investigação. (ANDRADE; BARRETO, 2002)

Posteriormente, Marc Lalonde, epidemiologista canadense, demonstrou que o acesso universal da assistência médica não era unicamente responsável pelo declínio da mortalidade infantil no Canadá, pois as causas de mortes se inseriram dentro de três campos: Biologia humana, meio ambiente e estilo de vida. Com isso, ficou evidente para o epidemiologista, que não caberia direcionar grandes gastos públicos para o tratamento de doenças, sem antes preveni-las. Para atingir tais objetivos, o relatório canadense Lalonde propôs cinco medidas a fim de alcançar o desejado, que podem ser resumidas em: promoção da saúde, regulamentação, investigação, cuidado eficiente e estabelecimento de objetivos. (FERRAZ, 1998)

A contribuição desse relatório foi importante para trilhar o caminho que culminaria na criação de recomendações para a promoção da saúde, visto que, o trabalho desenvolvido por Lalonde representou um avanço nas políticas interventivas em saúde nos campos da compreensão e ações intersetoriais. Diante disso, a conferência de Ottawa, através da Carta de Ottawa, ampliou o significado da promoção da saúde ao incorporar os impactos econômicos, políticos, sociais e culturais sobre as condições de saúde de uma população. As propostas elencadas para alcançar os objetivos almejados propunham o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, criar os meios favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver atitudes pessoais e reorientar os serviços de saúde. (HEIDMANN et al., 2006)

## **ESCOLA TROPICALISTA E A IMPLEMENTAÇÃO DA MEDICINA SOCIAL NO BRASIL**

Na Bahia, John Ligertwood Paterson, Otto Edward Henry Wucherer e José Francisco da Silva Lima, médicos estrangeiros radicados na província baiana, serviram como expoentes, por meio de suas pesquisas na área da saúde, para a criação de novas disciplinas que passaram a compor o currículo de ensino da Medicina durante o século XIX, as quais foram: Anatomia Patológica, Parasitologia e Bacteriologia. Construía-se naquele momento, um espaço de posicionamentos e

discussões que desafiavam o modelo de ensino médico europeu influenciados pelas visões da Medicina francesa, para criar um terreno favorável à incorporação de uma Medicina brasileira vinculada às singularidades do Brasil. (SANTOS, 2008)

Paterson, Wucherer e Lima, considerados os criadores da Escola Tropicalista da Bahia (ETB) – nenhum dos três foi professor da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), embora Silva Lima tenha sido formado pela FMB –, juntamente com alguns professores da FMB Antônio José Alves lente de Cirurgia), Antônio Januário de Faria (lente de Clínica Interna) e médicos nacionais composto por Manuel Maria Pires Caldas e Ludgero Ferreira (este último não participou das sessões por ter falecido); e os estrangeiros Thomas Wright Hall e Alexander Ligertwood Paterson, davam início aos estudos sobre doenças tropicais que acometem pessoas no Brasil e passaram a ser conhecidos como “tropicalistas”. Posteriormente, três estudantes da FMB, passaram a integrar esse coletivo. Agora, Antônio Pacífico Pereira, Manuel Victorino Pereira e Raimundo Nina Rodrigues, faziam parte da Escola Tropicalista Baiana. (JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008)

As reuniões coletivas tinham se iniciado em 1860, formando uma “associação de facultativos”, sugerida por John Paterson, e só posteriormente que eles passaram a ser identificados como “médicos tropicalistas”, porém, eles nunca se autodenominaram assim. As suas principais ideias eram difundidas numa das primeiras revistas médicas brasileiras, especialmente voltadas para publicações científicas, conhecida como *Gazeta Médica da Bahia*, sugerida pelo prof. Antônio Januário de Farias e que teve como diretor prof. Virgílio Clímaco Damásio, opositor da cadeira de Ciências Acessórias. (GAZETA, 1867) Uma figura de grande destaque dentro da pesquisa, da observação clínica, da Bacteriologia e Epidemiologia no Brasil foi o sanitarista Oswaldo Gonçalves Cruz. Antes de se tornar uma das maiores referências na correlação que se deve estabelecer entre a pesquisa de laboratório com a Saúde Pública, Oswaldo Cruz morou em Paris durante dois anos, e no Instituto Pasteur acabou se dedicando ao estudo da Microbiologia, soroterapia e Imunologia. Quando retornou ao Brasil assumiu a direção técnica do Instituto de Soroterápico Federal, localizado na Fazenda Manguinhos, porém, seu maior desafio estava por vir, quando chegou ao comando da Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP) no Brasil, que era responsável pelos estudos das doenças infecciosas e coordenar os serviços sanitários dos portos. (BRITTO, 1995; OLIVEIRA, 2007)

Suas campanhas sanitárias representavam um projeto de mudança urbana, mas era preciso que os projetos de Saúde Pública não sofressem interferência do governo e da prefeitura da capital federal, que possuía dualidade de poderes, como consequência de um surto de febre amarela no Rio de Janeiro, o governo federal acaba transferindo para a DGSP poderes para regular atividades de combate e promoção à saúde da população. Com isso, atribuições como atividades de

higiene domiciliar, polícia sanitária, profilaxia de doenças e serviços de higiene defensiva. (BARROS, 2014; FIOCRUZ, 2021)

Como desdobramento da incorporação de tais responsabilidades, Oswaldo Cruz dispõe agora de um campo vasto para atuar com seus conhecimentos adquiridos em Paris. Epidemias como varíola, peste bubônica e febre amarela, doenças bastante presentes na capital federal, foram as mais combatidas. O controle e erradicação das doenças eram feitos através do isolamento do doente ou possível transmissor de uma enfermidade, captura dos vetores transmissores de doenças, notificação de casos, identificação de áreas de foco seguido de desinfecção. Tendo o aporte de todas as medidas presentes dentro das campanhas de saneamento, ele conseguiu conter a incidência de peste bubônica. (HOCHMAN, 1988; LIMA; PINTO, 2003) Por este protagonismo, a congregação da FMB aprovou o título de professor honorário para o dr. Oswaldo Cruz, embora ele não tenha tomado posse, devido a se encantamento no dia 11 de fevereiro de 1917, seu retrato está na Sala dos Lentes da FMB, no Terreiro de Jesus. (OLIVEIRA, 1992)

Entretanto, suas teorias acerca de descobertas de agentes transmissores de doença, assim como algumas medidas vistas como arbitrárias por parte da população, faziam crescer na classe médica contrária às suas condutas, uma atmosfera ríspida. Oswaldo Cruz tinha descoberto que a febre amarela era transmitida por um mosquito, logo a forma de combate era encontrar os focos do transmissor e exterminá-lo, mas grande parte dos médicos defendia a teoria de que a doença era causada por alguma secreção do doente, suor ou sangue. Com novos casos de varíola crescendo, Cruz se posicionava a favor da vacinação em massa, que acabou gerando a organização de uma liga contra a vacinação obrigatória, diante do descontentamento da população que foi contida pelo governo, o mesmo suspendeu a obrigatoriedade da vacina. (VIRTUAL OSWALDO CRUZ, [200-])

A reforma sanitária comandada por Oswaldo Cruz, assim como os avanços científicos alcançados pela área médica no mundo, juntamente com a revolução técnico-científica-informacional, implicou no desdobrar de ações que mudaria o olhar médico sobre o processo saúde-doença, e conseqüentemente, os resquícios dessas mudanças refletem nas práticas e pesquisas da Medicina Social atualmente. Porém, antes de alcançar a Medicina moderna, é preciso percorrer resumidamente os caminhos trilhados da Medicina Social no Brasil.

A Medicina Social, no sentido foucaultiano, também se mostrou um instrumento de intervenção do Estado brasileiro para controlar a sociedade e o espaço. O médico era visto como agente dificultador do aparecimento de doenças, que tinha como objetivo praticar a cura e a prevenção. Esta última tinha uma face mais autoritária, pois visava interferir no comportamento e hábitos de pessoas que oferecessem risco à ordem social e à Saúde Pública. Preocupados com isso, coube ao

Estado criar instituições de combate. A primeira foi a Intendência Geral de Polícia, de 1808, responsável pela estruturação da cidade e enfrentamento a ociosidade, e a Provedoria de Saúde, de 1809, que se responsabilizava pelo saneamento básico e tudo que tangia a essa esfera. Com isso, deixou-se de ser uma Medicina individualista e curativa, presentes no período colonial, e passamos a ser uma Medicina Social, urbana, preventiva e coletiva, que é usada pelo Estado como instrumento de controle regulatório social. (CARVALHO, 2007; GALVÃO, [200-])

Ao estabelecer a correlação do homem com o espaço urbano, como os elementos centrais causadores de doenças, criou-se no final do século XIX um debate sobre sanitarismo mesológico/contágio e o sanitarismo microbiano, na tentativa de estabelecer maneiras de combate a doenças e focos de epidemias. A primeira se preocupava com a propagação de doenças favorecidas pelo espaço, já a segunda defendia que os micróbios e vetores eram os responsáveis pela transmissão de doenças. Dentro da perspectiva de ensino e pesquisa, a Medicina Social irá se desenvolver por meio da OPAS e das fundações norte-americanas, através da formação de núcleos ou departamentos de Medicina Preventiva institucionalizados a partir da reforma educacional de 1968. Esse movimento preventivo na América Latina é baseado na concepção da Medicina integral, firmada na história natural da doença que abarcasse a tríade ecológica (agente, hospedeiro e meio ambiente) e nos três níveis de prevenção da saúde. (JACOBINA, 2018; URURAHY; VALVA, 2014)

Na década de 1970 foi criado o movimento da saúde comunitária com as políticas de saúde voltadas para os segmentos excluídos da sociedade. O movimento da redemocratização do país foi imprescindível para a vinculação do movimento preventivo aos princípios da Medicina Social, o movimento social do século XIX, sobretudo de inspiração franco-germânica, atualizados ao novo século. Nesse sentido, ela foi se configurando como uma prática médica direcionada à compreensão dos determinantes sociais da saúde por meio da análise dos fatores sociais e econômicos que afetam o processo de saúde e doença, no qual a Epidemiologia surge como uma disciplina essencial para esse campo de ensino. (JACOBINA, 2018)

As práticas médicas no Brasil só vieram a sofrer mudanças no decorrer do fim do século XIX e início do século XX, quando a Bacteriologia e a Microbiologia influenciaram o saber médico e sanitário. Gradativamente ela se desenvolve e moderniza dentro do contexto capitalista, assume uma postura progressista, torna-se urbana, coletiva e social. Seu caráter empírico e científico legitima sua participação em vários aspectos da vida social. (URURAHY; VALVA, 2014)

## **MICROBIOLOGIA: A HISTÓRIA DA MICROBIOLOGIA**

O essencial é invisível aos olhos.  
(SAINT-EXUPÉRY, 1987)

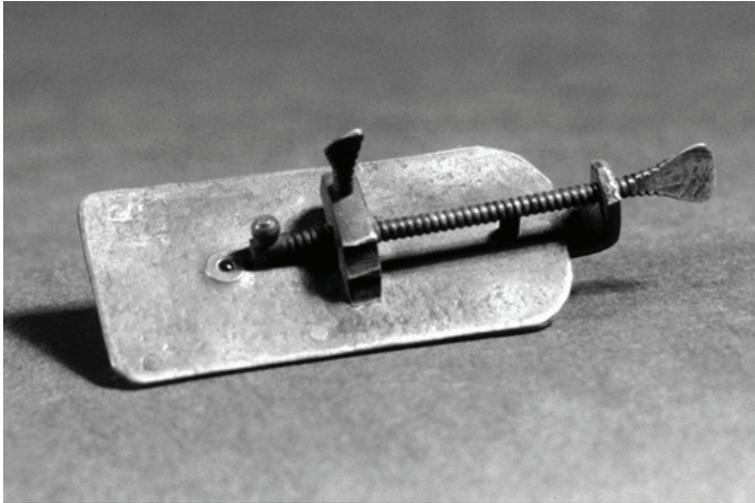
Segundo a Microbiology Society (2022, tradução nossa), “Microbiologia é o estudo de todos os organismos vivos que são pequenos demais para serem visíveis a olho nu. Isso inclui bactérias, arqueias, vírus, fungos, príons, protozoários e algas, conhecidos coletivamente como ‘micróbios’”.

Uma grande área das ciências, uma vez que a vida microscópica afeta em grande escala nosso mundo visível, sendo responsável por causar doenças, manter nosso organismo saudável – a exemplo da microbiota intestinal e vaginal – pela produção de alimentos como pães e cerveja, e também pela decomposição de matéria morta e de alimentos não consumidos, dessa forma permitindo o ciclo da vida. Atualmente vem sendo utilizada para grandes avanços da humanidade, como produção de vacinas, de medicamentos, fabricação de biocombustíveis e até na despoluição de ambientes. Presente em nossa vida cotidiana, apesar de invisível, é indispensável para a vida como conhecemos hoje.

### **A DESCOBERTA DO MUNDO INVISÍVEL AOS OLHOS**

Os primeiros casos de uma pneumonia de causa desconhecida foram relatados em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Um ano depois, em dezembro de 2020, foi possível que a primeira pessoa recebesse a dose de uma vacina eficaz contra a covid-19, doença causada pelo recém-descoberto SARS-CoV-2, ou novo coronavírus. (TAYLOR, 2021) Mas nem sempre foi assim: o mundo experienciou diversas epidemias ao longo dos séculos, como a peste negra, a cólera e a varíola. Muitas foram as especulações para suas causas, desde punições divinas até a existência de “humores” e de “miasmas”, contudo apenas no século XVII os primeiros micro-organismos foram identificados através do microscópio, abrindo as portas para um novo mundo de conhecimentos, a Microbiologia.

O responsável pela primeira descrição de organismos microscópicos foi o comerciante holandês, cientista autodidata, Antonie van Leeuwenhoek (1632-1723). A partir do desenvolvimento de um microscópio de lente única, ele foi capaz de observar principalmente participantes do reino protista, mas também, células vegetais, bactérias, e até hemácias. Essas descobertas, as quais Leeuwenhoek denominou de “animálculos”, no entanto, não impactaram a forma como a ciência e a Medicina eram praticadas na época, ficando apenas como uma curiosidade esquecida. (CORLISS, 2002)



**Figura 1** – Réplica do microscópio de Leeuwenhoek  
Fonte: Shannon e Ford (2022).

Outro grande nome envolvido na história da Microbiologia é o obstetra húngaro Ignaz Semmelweis (1818-1865), docente do Hospital Lying-In, em Viena. Ele observou que a diferença de mortalidade materna por febre puerperal era dez vezes maior no serviço de partos guiado por médicos e acompanhado por estudantes de Medicina, do que naquele que era comandado por parteiras. Além disso, percebeu que o odor desagradável que emanava das pacientes acometidas pela febre era o mesmo dos cadáveres submetidos a autópsia nas aulas de Anatomia e das mãos dos médicos e estudantes, que iam das aulas para as salas de parto. A partir dessas observações, Semmelweis instituiu a lavagem das mãos neste hospital e viu a mortalidade materna cair em quatro vezes, em apenas um ano. Apesar dos resultados excepcionais, sua ideia não foi aceita entre a comunidade científica, que acreditava fielmente na Teoria dos Miasmas, defendida por respeitados cientistas da época. Eles acreditavam que as doenças eram transmitidas através da inalação do ar que esteve em contato com matéria apodrecida, como cadáveres e secreções de pessoas doentes. (OPAL, 2010)

### **A TEORIA GERMINAL DAS DOENÇAS – ESFORÇOS PARA COMBATER A ABIOGÊNESE E A TEORIA DOS MIASMAS**

Em meados do século XIX, a Europa enfrentou uma grande e difícil epidemia de cólera. A já estabelecida Revolução Industrial promoveu um grande aumento da população urbana, que, sem boas estruturas de moradia, higiene e saneamento

básico, começou a adoecer e morrer. Nesse contexto, o médico John Snow, indo de encontro à Teoria dos Miasmas, formulou a hipótese de que a cólera seria causada por contaminação da água e dos alimentos, e promoveu medidas epidemiológicas que ajudaram a reduzir o número de casos. Apesar de visualizar o agente etiológico da doença, através do microscópio, Snow não foi capaz de isolá-lo, o que só aconteceu 20 anos mais tarde. (WINSLOW, 1950)

Dois grandes nomes se destacaram na Europa do século XVIII, o químico francês Louis Pasteur e o médico alemão, Robert Koch. Ambos contribuíram para a derrocada da Teoria da Abiogênese, a qual defendia que os organismos microscópicos encontrados em matéria orgânica surgiam ali de forma espontânea. E consolidaram a Teoria Germinal das Doenças, segundo a qual as doenças infecciosas eram causadas por micro-organismos que poderiam ser transmitidos entre os seres vivos, dessa forma, enterrando de uma vez por todas a teoria miasmática. (WINSLOW, 1950)

## **EXPOENTES DA MICROBIOLOGIA NO BRASIL**

Otto Wucherer, na Bahia, e depois, Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, como já referidos no texto, são sem dúvida dois dos nomes mais consagrados da Medicina brasileira e de como a Medicina Social e a Microbiologia precisam se unir para práticas efetivas de combate a doenças infecciosas.

Destacamos, portanto, um outro grande nome da Medicina no Brasil, Carlos Chagas, que já começava a delinear sua história e sua marca no país, no início do século XX. Esteve à frente da campanha profilática de malária, quando elaborou a Teoria de Infecção Domiciliar da malária, combatendo o mosquito vetor dentro das casas. Dessa forma, ele chegou a erradicar a doença da cidade de Santos, São Paulo, em 1905, e suas ideias serviram como base para o combate da doença em todo o mundo.

Em 1907 dedicou-se a combater a malária no interior de Minas Gerais, contudo, ao conhecer mais profundamente o ambiente, percebeu a existência de insetos que se alimentavam do sangue de seres humanos, principalmente durante as horas de sono, e geralmente na região da face descoberta, motivo pelo qual era conhecido localmente por barbeiro. Ao analisar o inseto, Chagas descobriu um novo parasita, o qual denominou *Trypanosoma Cruzi*, em homenagem a Oswaldo Cruz. A partir de estudos, o pesquisador percebeu que o parasita era infectante em animais de laboratório, posteriormente encontrou-o em animais domésticos e por fim conseguiu isolá-lo no soro de uma menina de três anos, com sintomas agudos de uma doença desconhecida. Dois anos mais tarde, Carlos Chagas apresentou seu trabalho descrevendo o novo parasita, seu ciclo de vida, seus vetores e

a doença associada a sua infecção, a doença de Chagas. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021)

Em sua vida, ainda se dedicou ao combate da gripe espanhola, da tuberculose, da hanseníase e muitas outras morbidades infectocontagiosas, foi diretor do Instituto Manguinhos, que viria a se tornar o Instituto Oswaldo Cruz, professor da honorável Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde criou a cadeira de Medicina Tropical. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021)

A congregação da FMB também aprovou o título de professor honorário para o dr. Carlos Chagas, que tomou posse em sessão solene da escola *mater* da Medicina brasileira, na Sala dos Lentes, em 13 de fevereiro de 1924. (OLIVEIRA, 1992, p. 264) Seu retrato não foi colocado na Sala dos Lentes da FMB, no Terreiro de Jesus. Esperamos que os dirigentes da Faculdade e da universidade possam corrigir este erro histórico, tão logo seja possível.

## **A FUNÇÃO DOS MICRORGANISMOS E A IMPORTÂNCIA DE SE CONHECER O MODO COMO ATUAM**

A Microbiologia, portanto, constitui-se como uma ciência em constante crescimento e desenvolvimento, cujos estudos têm se consolidado como ferramenta importante para a ampla compreensão dos microrganismos e a maneira como eles influenciam o modo de vida de um indivíduo dentro da sociedade. Nesse sentido, o surgimento da Microbiologia e a conjuntura que possibilitou o seu fortalecimento no meio científico culminou em um estigma que associa os estudos relativos aos microrganismos somente a doenças infecciosas, em situações que se caracterizam como prejudiciais aos seres vivos.

No entanto, também torna-se importante e necessário compreender os microrganismos como possibilitadores da vida e impulsionadores do desenvolvimento humano, ideologia esta trazida no escopo do periódico científico espanhol *International Microbiology*, que procura evidenciar o importante papel dos microrganismos e suas aplicações nas sociedades, principalmente na constituição da microbiota normal humana, animal e vegetal, além de sua função na ciclagem de nutrientes no solo e suas aplicações biotecnológicas.

Assim, muitos dos estudos e experimentos no ramo da Microbiologia contribuíram para o desenvolvimento social e econômico, além de interferir de maneira direta na política, em âmbito mundial. A exemplo, podemos citar a Teoria Microbiana da Fermentação (1850), postulada por Louis Pasteur ao descobrir que microrganismos, chamados de leveduras, na ausência de oxigênio, convertiam o açúcar presente nas frutas em álcool. Esse processo, chamado de fermentação, é hoje utilizado para a fabricação de vinho e pães. No entanto, na presença de oxigê-

nio, Pasteur percebeu que as bebidas azedavam devido a outro grupo de micróbios, que transformava o álcool em ácido acético (vinagre). Para solucionar esse problema, foi criada a Pasteurização, utilizada frequentemente para eliminar bactérias nocivas à saúde humana, presentes em leite e bebidas alcóolicas. (LEITE, 2006)

Alguns anos depois, Robert Koch, um dos fundadores da Microbiologia e expoente nos estudos relacionados à epidemiologia das doenças transmissíveis, ganhou notoriedade ao formular a Teoria Microbiana da Doença (1876), na qual conseguiu estabelecer uma relação dos micróbios com suas respectivas enfermidades. Assim, Koch foi capaz de demonstrar o ciclo de vida do *Bacillus anthracis*, provando ser o agente causal da doença de Antraz, além de descobrir o bacilo da tuberculose, em 1882. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013)

Ademais, muitas outras descobertas corroboraram para o fomento da Microbiologia e seu estabelecimento da maneira como a conhecemos hoje. As pesquisas e experimentos ajudaram a entender o modo como os microrganismos atuam e suas diversas funções dentro da sociedade, tornando-se possível o aproveitamento das atividades benéficas à vida e o controle sob as doenças infecciosas que afetam os seres.

## **O CONTROLE DOS MICRORGANISMOS E O IMPACTO NAS SOCIEDADES**

Aliados às pesquisas voltadas ao descobrimento dos micróbios e às doenças causadas por eles, estiveram os estudos que buscavam continuamente formas de controle e combate dos agentes patogênicos. Esses estudos, portanto, foram imprescindíveis para a continuidade da vida e a redução da mortalidade associada às infecções.

Assim como o médico húngaro Ignaz Semmelweis, Joseph Lister, considerado o “pai” da cirurgia moderna, também corroborou com intervenções pertinentes relativas à antissepsia nas cirurgias. Joseph acreditava que os micróbios estavam presentes no ar e que eles eram os responsáveis pelos mais diversos processos infecciosos. Portanto, ele direcionou suas pesquisas para a criação de um método de desinfecção do campo operatório, propondo que, durante o ato cirúrgico, fosse vaporizado ácido fênico nas instalações onde ocorreria o procedimento. Com essa técnica, foi possível reduzir a mortalidade associada às infecções de sítio cirúrgico de 50% para 15%, no ano de 1869. (DANDA, 2012)

Posteriormente, iniciam-se as descobertas voltadas para a imunização e a criação de vacinas, com a figura importante do médico e cientista inglês Edward Jenner e do cientista Louis Pasteur, que através da Teoria Germinal das doenças infecciosas e dos seus trabalhos sobre fermentação também foi responsável pelo estabelecimento de noções importantes sobre esterilização e assepsia.

O atual contexto pandêmico, causado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), suscitou muitas reflexões sobre as formas de contenção da covid-19. A conscientização populacional com relação à lavagem das mãos e a utilização do álcool em gel, das máscaras e o respeito ao isolamento se tornou um desafio para as autoridades sanitárias. Embora, hodiernamente, haja inúmeros processos modernos de controle dos micro-organismos, inibindo seu crescimento, removendo-os ou matando-os. Os métodos mais simples, utilizados ainda nas primeiras técnicas voltadas à assepsia, como a lavagem das mãos, ainda são eficazes para atenuar a ação de muitos micro-organismos.

Assim, todos os esforços concernentes ao controle dos micróbios constituem-se como um instrumento de prevenção de doenças, além de ser uma medida eficiente na manutenção da saúde humana, visando sua melhor qualidade de vida.

## **A MICROBIOLOGIA CONTEMPORÂNEA**

Os micro-organismos são seres complexos e que, ainda hoje, são alvos de estudos por cientistas e pesquisadores. Atualmente, a Microbiologia tem obtido papel importante no desenvolvimento da Biologia Molecular e da Engenharia Genética.

Para Glaci Zancan, professora titular do Departamento de Bioquímica e Biologia Molecular da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e presidente da Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência (SBPC), os avanços científicos e tecnológicos têm permitido o estudo detalhado desses seres vivos de dimensões microscópicas, através da possibilidade de sequenciamento do DNA e das proteínas, corroborando para que haja o aproveitamento de suas atividades benéficas e o controle dos prejuízos que podem causar à vida. Por serem de fácil manipulação, eles se tornam modelos experimentais, ajudando a compreender e solucionar problemas de cunho biológico, constituindo-se como instrumentos fundamentais na melhoria da saúde e bem-estar dos seres. (ZANCAN, 2002)

A Sociedade Brasileira de Microbiologia afirma que a moderna Biotecnologia Microbiana, uma das aplicações da Microbiologia, desenvolve estudos nos quais os micro-organismos podem ser utilizados como matéria-prima, com o objetivo de gerar produtos e processos de amplo interesse para a sociedade. A exemplo, tem-se a produção de vacinas e fármacos, além de alimentos, bebidas e combustíveis.

Nesse sentido, a Microbiologia encontra-se inserida, hoje, em inúmeras pesquisas, que envolvem o desenvolvimento de vacinas e antibióticos, além da sua participação em processos que abarcam a transgenia e a clonagem.

## **A IMPORTÂNCIA DA MICROBIOLOGIA PARA A MEDICINA SOCIAL**

John Snow, em uma de suas anotações, escreveu: “Era entre os pobres, com famílias que viviam, dormiam, cozinhavam, comiam e se asseavam juntas em um único cômodo que a cólera se expandia”. Essa observação nos faz entender a forma como a doença se abateu de maneira implacável sobre as populações mais pobres, mal alimentadas, sem acesso à água tratada, postas à margem da sociedade e vivendo em situação de extrema vulnerabilidade. Portanto, torna-se claro como os conhecimentos obtidos através dos trabalhos da Microbiologia foram peremptórios para compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença como aspectos intrínsecos à Medicina Social.

A Microbiologia, bem como a Epidemiologia, foram duas áreas que corroboraram veementemente para o surgimento da Medicina Social. Ademais, o fato de Epidemiologia e da Medicina Social terem ascendido no mesmo período não é coincidência, já que ambas nascem da necessidade de se superar os pensamentos e ações individualizadas que marcaram a Medicina até o século XVIII. Pensar e agir sobre a doença no âmbito coletivo se torna peremptório para superar as barreiras de uma prática médica que não respondia aos desafios impostos a sociedades pelas doenças infecciosas. (ROSEN, 1994; SILVA, 1985)

Nesse sentido, as novas concepções sobre as causas das doenças infecciosas ajudaram na consolidação da Medicina Social, que se voltou para um amplo processo de rearticulação da prática médica.

## **TRANSGREDIR DA INDIVIDUALIDADE PARA A COLETIVIDADE: A IMPORTÂNCIA DO DIÁLOGO ENTRE A MICROBIOLOGIA E A MEDICINA SOCIAL PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19**

Em 1937, o vírus da bronquite infecciosa (IBV) identificado em galinhas foi o primeiro coronavírus a ser identificado, e ao passar dos anos outros coronavírus foram localizados em alguns animais, como camundongos e porcos. Contudo, na década de 1960, foi constatado o primeiro coronavírus apto para infectar humanos, isolado de uma criança com sintomas de um resfriado comum. (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2015) Esse vírus recebeu esse nome – coronavírus – por sua superfície se assemelhar a uma coroa. Essa coroa, por sua vez, possibilita que o vírus suporte a acidez do trato gastrointestinal, por conta das glicoproteínas presentes nela. Os coronavírus hoje são o segundo maior causador de resfriados comuns, perdendo só para o rinovírus. (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2014)

Conforme Murray, Rosenthal e Pfaller (2014) e Santos, Romanos e Wigg (2015) a infecção pelo coronavírus se instala no trato superior do sistema respirató-

rio, porque é onde se encontra a temperatura ótima para seu desenvolvimento (33° a 35° C). Nesse trato respiratório superior, a infecção permanece por um tempo mais longo do que a da gripe comum. Entretanto, estudos mostram que algumas espécies do vírus podem se disseminar em outras células epiteliais para além do pulmão, como os rins, fígado e intestino delgado, provocando uma infecção sistêmica. Nesse ínterim, os sintomas apresentados pelos acometidos da doença são febre alta (> 38° C), mal-estar, dor de cabeça e garganta, tosse, falta de ar, rinorreia, entre outros. Além disso, o adoecimento pode complicar-se para quadros mais sérios, como uma pneumonia, além de poder piorar doenças pulmonares crônicas preexistentes no indivíduo.

Esse vírus RNA positivo (+) de fita simples é da família *Coronaviridae* com duas subfamílias: *Coronavirinae* e *Torovirinae*. A subfamília *Coronavirinae* subdivide-se em 4 gêneros: Alphacoronavírus e Betacoronavírus que acometem seres humanos e animais e os Deltacoronavírus e Gammacoronavírus que, até o momento, só são encontrados em animais. Já a subfamília *Torovirinae* possui uma única espécie que infecta humanos: torovírus humano. Sua septicemia acontece preferencialmente em crianças, todavia é comum a ocorrência de reinfeções em adultos, mesmo com a existência de anticorpos para coronavírus nele. (CUI; LI; SHI, 2019)

A primeira pandemia, cujo agente etiológico foi esse vírus, ocorreu em 2002: a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS, *severe acute respiratory syndrome*). O SARS-CoV-2, que surgiu em Guangdong, no sul da China, se alastrou rapidamente por diversos países e continentes, acarretando mais de 8 mil infectados e 700 mortes até 2003. Esse tipo de vírus foi passado para humanos a partir do consumo alimentar de animais infectados, e dessa forma é passado de pessoa para pessoa por meio de gotículas respiratórias e até mesmo suor, urina, fezes e locais contaminados. É uma doença causadora de pneumonia grave presente no sistema respiratório inferior, mas ainda assim, alguns indivíduos apresentam sintomas no trato superior. (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2014; SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2015) Nesta pandemia notou-se uma associação entre a idade do infectado e/ou presença de doenças de base e as complicações da doença, como linfopenia e falência respiratória progressiva.

Na Arábia Saudita através do escarro de um paciente – que apresentava falência renal e pneumonia aguda – foi detectado um novo coronavírus, que passou a ser chamado de Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV, *Middle East respiratory syndrome coronavirus*) em 2012. Esse vírus se alastrou em diversos países fazendo pouco mais de 2 mil vítimas e 850 óbitos até 2016 onde foram notificados os últimos casos. Assim como o SARS o MERS também é transmitido por secreções respiratórias, espirros e tosses. (PEERI et al., 2020)

O coronavírus MERS causa sepse nas células epiteliais brônquicas através da dipeptidil peptidase 4 (DPP4), já o SARS utiliza como receptor a ACE2 – enzima conversora de angiotensina 2 – para infeccionar essas células epiteliais e os pneumócitos tipo II. Bem como, ao contrário dos outros coronavírus humano (HCoV-NL63, HCoV-229E, HCoV-OC43 e HKU1), que provocam sintomas respiratórios leves, o SARS-CoV e o MERS-CoV já representam o lado preocupante do vírus através das síndromes respiratórias graves. No entanto, já foram relatadas infecções graves em crianças e idosos pelos outros coronavírus. Vale ressaltar que estudos demonstram que o SARS-CoV foi disseminado para os seres humanos por civetas (ou musang) e o MERS por camelos dromedários e ambos os vírus são ressaltantes de morcegos. (CUI; LI; SHI, 2019)

## **COMO SURTIU O SARS-COV-2 E A EVOLUÇÃO DA PANDEMIA**

No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), com o surto do novo coronavírus. Dias depois, no início de março deste mesmo ano, a OMS decretou estado de pandemia ao noticiar a disseminação de uma nova doença causada por um vírus – SARS-CoV-2 – agente etiológico responsável pela covid-19. Após meses de estudos, algumas considerações são irrefutáveis, enquanto outras ainda seguem em análise. É de conhecimento mundial que o vírus se propagou inicialmente na China, na cidade de Wuhan – onde alguns hospitais locais estavam recebendo casos inexplicáveis de pneumonia – e depois veio a se espalhar por outros países. (LAM et al., 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020)

Pertencendo a família viral *Coronaviridae*, o SARS-CoV-2 é um betacoronavírus e apresenta material genético RNA – *ribonucleic acid* – de fita simples positiva. A existência de uma proteína S ou Spike em seu envoltório lipoprotéico possibilita sua ligação com a enzima de conversão de angiotensina tipo 2, a ACE2. O vírus pode levar pessoas infectadas e sintomáticas a desenvolverem um quadro de SARS e, conseqüentemente, causar a morte. Existem bastante semelhanças do SARS-CoV-2 com o SARS e MERS-CoV. O primeiro vírus saltou dos morcegos para pangolins e posteriormente humanos em 2002, enquanto o segundo saltou dos morcegos para dromedários e em seguida para pessoas em 2012. (WU et al., 2020)

Ainda não existe uma definição exata sobre a origem do SARS-CoV-2, na presente data de escrita deste trabalho, mas as evidências científicas apontam para uma seleção natural ou mutação ocorrida no vírus. Apesar dos morcegos serem a espécie de mamífero que mais abriga coronavírus, e de análises genômicas apontarem uma semelhança genética de aproximadamente 96% do vírus dessa espécie com o SARS-CoV-2, não se pode considerar esse animal o verdadeiro progenitor,

pois há um déficit no receptor de ACE2 na sua estrutura lipoprotéica viral, e para haver a infecção é preciso que haja a ligação da proteína Spike com a ACE2. (LIMA; SOUSA; LIMA, 2020; ZHOU; YANG; SHI, 2020)

Uma outra hipótese que busca desvendar o agente responsável pela transmissão zoonótica, acredita que o SARS-CoV-2 passou por mecanismos evolutivos e que apresenta similaridade no domínio receptor-obrigatório (RBD) para a ACE2, característica igualmente encontrada no coronavírus do pangolim. Infelizmente, mesmo com tantas descobertas, não é possível definir quem é o verdadeiro gerador do vírus responsável pela covid-19, resta à ciência se debruçar sobre diferentes investigações a fim de obter estudos mais detalhados que possibilitem identificar a origem do SARS-CoV-2 e seu agente intermediário. (ANDERSEN et al., 2020)

Enquanto alguns aspectos da covid-19 se revelam misteriosos, a evolução da pandemia se desdobrava ligeiramente devido à rápida transmissibilidade do vírus, que pode acontecer por contato com gotículas respiratórias e aerossóis presentes no ar, exalados por pessoas infectadas ao tossir, espirrar, falar ou manter algum contato físico com outros indivíduos, assim como entrar em contato com superfícies contaminadas. Antes de se tornar uma pandemia, o quadro epidêmico deflagrado em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, já contava até o dia 26 de janeiro de 2020, com um total de 2.794 casos registrados e 80 mortes confirmadas. (SOUTO, 2020; ZHOU; YANG; SHI, 2020)

Após analisar no dia 26 de abril de 2020 a plataforma *on-line* de monitoramento da covid-19 em tempo real, desenvolvida pela Universidade Johns Hopkins e Medicine, constatou que havia mais de 3 milhões de casos confirmados, seguido de 206 mil mortes em todo mundo. Os Estados Unidos e Espanha eram os países com maior número de casos identificados, com os respectivos números, 963.379 e 226.629, enquanto a Itália e a França registravam um número de óbito respectivamente de 26.644 e 23.190 pessoas. (SOUZA et al., 2020)

No Brasil, o primeiro caso confirmado aconteceu no dia 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo. O paciente era idoso e havia acabado de retornar da Itália, país que estava registrando altos números de óbitos na população idosa. Após, especificamente, 25 dias da data referida acima, todas as unidades federativas já haviam notificado casos da doença. Em abril, foram confirmados 40.581 casos de covid-19 e em 24 horas surgiram mais 1.927 pessoas infectadas. Nesse mesmo mês, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS) demonstrou por regiões a distribuição de casos da doença, em que a região Sudeste apresentava 21.836 confirmações de casos e 1.533 óbitos; Nordeste com 10.088 casos e 626 mortes; o Sul tinha 2.921 confirmações e 113 falecimentos; já o Norte apresentou 4.109 casos e 249 mortes; enquanto o Centro-Oeste tinha 1.627 casos confirmados e 54 óbitos. (BRASIL, 2020b; CAVALCANTE et al., 2020)

É possível acessar pela plataforma do MS, boletins epidemiológicos emitidos referentes a Semana Epidemiológica (SE) de cada mês. As informações que serão apresentadas agora, referem-se à SE de 3 a 9 de janeiro de 2021. A Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do MS, registrou até ao final do dia 9 de janeiro de 2021, 89.690.533 casos de covid-19 pelo mundo. No mês de abril de 2020, os Estados Unidos e a Espanha lideram em números de casos. O cenário para os estadunidenses não mudou, pois o país ainda lidera o primeiro lugar, com 22.192.842 casos acumulados, só que agora seguido da Índia em segundo e o Brasil em terceiro, com respectivamente 10.450.284 e 8.075.998 casos confirmados. O maior número de mortes também se encontra nesses três países, Estados Unidos tem 372.508 óbitos, seguido do Brasil com 202.631, e da Índia com 150.999. (BRASIL, 2021)

## **O CENÁRIO POLÍTICO E ECONÔMICO MUNDIAL E BRASILEIRO FRENTE À CRISE DA COVID-19**

O panorama político e econômico mundial foi, como não podíamos deixar de esperar, um desastre. No início da pandemia, esperava-se que ela fosse uma crise curta, por exemplo, para a economia americana (CUTLER, 2020), se comportando como as chamadas crises econômicas em V, ou seja, aquelas recessões em que a economia cai abruptamente, mas se recupera de forma ágil. Contudo, a recessão que se instalou adotou um padrão mais conhecido como “recessão em U”, que demora muito mais a ganhar sua recuperação.

De acordo com o *The New York Times*, até 2 de abril de 2020, 6,6 milhões de pedidos de seguro-desemprego foram solicitados nos EUA, com 10 milhões de desempregados. (TAYLOR, 2020)

Menos pessoas trabalhando, e menores salários das que mantiveram seus empregos provocam menor circulação do dinheiro em qualquer economia, e uma retração ainda maior dos mercados pela falência das empresas, em especial aquelas que não podem recuperar seus serviços na forma de demanda reprimida quando finda a crise, como por exemplo alguns serviços de entretenimento. Um ciclo vicioso se instala, e por isso é tão importante a intervenção dos governos nesses casos, na forma de auxílios emergenciais.

Além dos impactos macroeconômicos já citados, imaginemos um contexto mais comunitário de relações econômicas, naquelas que acontecem pelo compartilhamento de insumos, e até mesmo que resultam de trocas feitas por indivíduos de uma mesma comunidade. Tais relações foram significativamente prejudicadas pela crise global causada pelo SARS-CoV-2. (HOSSAIN, 2021) Exemplos de relações econômicas deste tipo são os aluguéis de casas e oferecimento de serviços turísticos através de aplicativos de celular, e serviços diversos, desde restaurantes até

transportes. Mas, se de um lado as relações de consumo nesse setor se tornaram mais difíceis por causa dos consecutivos *lockdowns*, a economia compartilhada e as relações mais comunitárias de consumo também se mostraram alternativa para o provimento de produtos e serviços e conseqüentemente a sobrevivência de muitos pequenos negócios.

Contudo, paradoxalmente ao medo de muitas pessoas de se exporem ao contágio, a política internacional se viu acirrada com o ceticismo e crença em teorias da conspiração por parte de setores da população de diversos países; no Canadá, por exemplo, houve protesto contra o uso de máscaras (HAPUHENNEDIGE, 2020), e na cidade de Lewiston, o Conselho Municipal votou contra o uso obrigatório de máscaras, seguindo opinião pública. (MCCOLLUM, 2020)

Já no Brasil, em maio de 2020, o governo federal estudou os possíveis impactos econômicos referentes à crise do coronavírus no país. Esses impactos estão associados ao isolamento social, onde o desenvolvimento da crise está diretamente ligado ao período desse isolamento: quanto mais longo, maiores serão os resultados negativos nas produções e consumos, duração do período de recuperação e no percurso de longo-prazo da economia. Contudo, em abril de 2020 – levando em consideração que o isolamento social duraria até o final de maio – estimou-se com base na Tabela de Recursos e Usos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que o valor dos custos semanais durante essa paralisação, chegaria a 20 bilhões. (BRASIL, 2020b)

Os danos no mercado financeiro e com a paralisação das suas atividades, algumas empresas estão aumentando seus endividamentos e até mesmo entrando em falência, causando assim um desemprego em massa. Além disso, o endividamento da população frente à diminuição do seu acúmulo de capital é visível. Todavia, sabe-se que a fase de distanciamento e isolamento social no Brasil dura até o dia de hoje, o que afeta ainda mais a economia de maneira direta – baixa do Produto Interno Bruto (PIB) – e indireta – mais empresas de portas fechadas, mais desempregos e conseqüentemente maiores dívidas públicas e privadas. Ademais, alguns estudos comprovam que as conseqüências após uma crise são maiores do que ela propriamente dita, principalmente quando as respostas políticas de tentativas de retomada da economia demorem de serem feitas. (BRASIL, 2020b)

Dentre algumas ações governamentais com o fito de promover um maior amparo à população, o governo inicialmente resistiu a iniciativa do Legislativo, baseado no pleito de organizações da sociedade civil (OSC) de criar uma rede de proteção social, o Auxílio Emergencial. O Poder Executivo aprovou com valores menores (200 reais mensais), porém por iniciativa do Legislativo, foi aprovado o Projeto de Lei nº 9.236, votado em 25 de março de 2020 e depois com o valor de 600 reais foi aprovada a Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, garantindo o auxílio

inicialmente durante três meses, para pessoas com renda mensal *per capita* de até meio salário mínimo, ou renda familiar mensal total de até três salários-mínimos. (BRASIL, 2021) Até 22 de dezembro de 2021, o governo federal gastou 509 bilhões com o programa, que ajudou em partes para que os brasileiros não ficassem totalmente desamparados financeiramente, sendo considerado o maior programa de auxílio do mundo. (BRASIL, 2021)

O valor previsto a ser gasto pela União no combate à covid-19, no Brasil, incluindo o auxílio emergencial e as demais medidas, em 2020 foi de 604,7 bilhões, sendo efetivamente gastos 542 bilhões. Em 2021, até 17 de setembro, tinham sido gastos 89,9 bilhões, de 135,6 bilhões previstos, de acordo com o Tesouro Nacional. (BRASIL, 2021)

### **A MEDICINA SOCIAL EM MEIO À PANDEMIA: POPULAÇÕES VULNERÁVEIS E MEIOS DE COMBATE À PROPAGAÇÃO DA DOENÇA**

Para analisar se determinado país está apto para enfrentar epidemias e quais suas abordagens epidemiológicas, a Antropologia utiliza o termo “preparatividade”. Contudo, nota-se que a pandemia da covid-19 veio para mostrar que muitos países pecam na sua preparatividade. Ao estudar o campo da Medicina Social e seu papel nas medidas de Saúde Pública durante a pandemia não se pode deixar de lado as condições sociais, econômicas, raciais como um todo em que os indivíduos estão inseridos, e que estão ligadas diretamente às dificuldades para mitigação da doença, atuação dos sistemas de saúde, organização de políticas globais e todos os determinantes sociais na área da saúde. (ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA, 2020)

Dessa forma, Rollston e Galea (2020) enfatizam os *status* socioeconômicos como o pilar desses determinantes sociais, pois o local de moradia das pessoas influencia na sua segurança, a partir do momento em que a realidade de muitos são casas superlotadas com pouco ou nenhum recurso de saneamento. Entendendo assim, que aumenta-se o risco de infecção pelo covid-19. Da mesma maneira, as condições socioeconômicas afetam a nutrição populacional já que o preço dos alimentos saudáveis nem sempre estão acessíveis à sua realidade, e por sua vez, sabe-se que uma alimentação balanceada interfere nas melhores condições à saúde e à imunidade.

Para traçar o perfil epidemiológico dessa doença é fundamental o estudo da Microbiologia, pois essa permitirá identificar as características do vírus, a morfologia, o comportamento, os hospedeiros, as formas de transmissão e os efeitos ambientais. A partir disso, é possível determinar o diagnóstico e criar métodos preventivos e de tratamento. Assim, foi-se construindo a história natural – e social

– da doença covid-19. (CARVALHEIRO, 2020) Dentre as medidas para conter a propagação do vírus até encontrar uma vacina ou algum outro tratamento específico, estão: a higienização individual, de alimentos e objetos com água e sabão e álcool em gel; distanciamento social, chegando ao *lockdown* em níveis extremos; uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado aos profissionais de saúde e para população em geral como o uso de máscaras; altos índices de testagens na população etc. (ORTEGA; BEHAGUE, 2020)

Todavia, o ônus da questão é que, por mais que sejam essenciais essas medidas de proteção, muitos ficaram à mercê de uma pobreza extrema por conta da crise sociopolítica e econômica que vai se emergindo. (ORTEGA; BEHAGUE, 2020) Parafraseando uma fala de um líder comunitário de uma favela de São Paulo “esse isolamento é um isolamento para ‘gringo ver’, para rico. O pobre não tem condição de fazer”. (GUIMARÃES, 2020) Lígia Guimarães, nessa entrevista, consegue demonstrar que as políticas de *lockdown* podem piorar as desigualdades sociais e de saúde existentes e que essas comunidades necessitam ser assistidas pelo governo para que esse quadro não piore.

Partindo por esse pressuposto, o *status* socioeconômico também está intrínseco às condições trabalhistas dos indivíduos, porque o tipo do emprego vai dizer se existe a possibilidade de trabalhar em casa, o que é mais fácil para os assalariados e com cargos bons do que para trabalhadores horistas. E essa opção de trabalhar em casa beneficia essas minorias que têm a opção de preservar ainda mais sua saúde, já aqueles que não têm escolha e precisam cumprir suas horas de trabalho continuam tendo contato direto com outras pessoas e pegando os transportes públicos lotados de sempre. (ROLLSTON; GALEA, 2020) E não menos importante, vale ressaltar que pessoas negras representam a maior parte dessas pessoas com renda baixa, má nutrição, escolaridade incompleta e falta de qualidade nos cuidados em saúde, reforçando a existência da segregação racial existente na sociedade durante séculos. (HANKS; SOLOMON; WELLER, 2018)

A partir dessas circunstâncias pandêmicas atuais, ponderar ações políticas eficazes são fundamentais para que sejam implementadas competentemente nas áreas de atuação. Porém nem sempre a Medicina Social dá conta de tudo, e as ajudas mútuas nas comunidades são fundamentais em lugares em que o Estado é pouco presente e falho. Estas ajudas vêm de redes sociais, organizações comunitárias e Organizações Não Governamentais (ONGs), por exemplo, que colaboram para a garantia da sobrevivência em massa. A Central Única de Favelas (CUFA) do estado do Rio de Janeiro, é uma ONG que durante esse momento de pandemia colaborou com a distribuição voluntária de água, álcool 70, sabão, água sanitária, ajuda financeira para os cadastrados no Cadastro Único (CadÚnico) e Bolsa Família, distribuição de alimentos e amplificação das equipes de Saúde da Família nas fa-

velas. Logo, essas contribuições asseguram a autonomia das pessoas e ajudam a “desestabilizar as relações paternalistas com o Estado e transformar desigualdades institucionalizadas e suas causas históricas”. (ORTEGA; BEHAGUE, 2020)

## CONCLUSÃO

A Medicina Social e a Microbiologia estão tão entrelaçadas que não há mais como falar em Medicina Social sem Microbiologia, entretanto a Microbiologia não é mais a de outrora, ela não se dedica apenas a servir à Medicina Social, através do provimento de evidências científicas para prevenção e combate às doenças. No mundo atual, onde há a busca pela precisão em todos os campos da saúde, a Microbiologia deixou de se dedicar exclusivamente aos seus objetivos de outrora, servindo muito mais à diagnóstica avançada e à propedêutica armada, que se distanciam da Medicina Social.

Contudo, situações como a pandemia do SARS-CoV-2 vêm nos lembrar que a maior utilidade da Microbiologia, e daí vem a maior parte do seu significado e importância, é a sua propriedade de municiar a ciência através de evidências para o combate aos agravos que ameaçam a humanidade como um todo, ou populações mais vulneráveis, ou ainda um indivíduo específico.

## REFERÊNCIAS

ANDERSEN, Kristian G. *et al.* The Proximal Origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine*, New York, v. 26, p. 450-452, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0820-9>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de (org.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando-nos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 150-171. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xkvy4/pdf/minayo-9788575413661-09.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ANDRADE, Odorico Monteiro de Andrade. Do surgimento da medicina social à intersetorialidade. *Informativo IDISA*, Campinas, 2012. Disponível em: [http://idisa.org.br/site/documento\\_8787\\_0\\_\\_do-surgimento-da-medicina-social-ao-surgimento-da-intersetorialidade.html](http://idisa.org.br/site/documento_8787_0__do-surgimento-da-medicina-social-ao-surgimento-da-intersetorialidade.html). Acesso em: 20 jan. 2021.

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA. *Alames against the pandemic covid-19*. 1 abr. 2020. Disponível em: <https://phmovement.org/wp-content/uploads/2020/04/ENG-ALAMES-AGAINST-THE-PANDEMIC-COVID-19.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BARROS, Luiz Arthur Azevedo. *Colônia de Itanhenga – a luta contra a lepra no Espírito Santo (1934 -1945)*. 2014. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014. Disponível em: [https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/3547/1/tese\\_7829\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Luiz%20Arthur%20A%20Barros.pdf](https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/3547/1/tese_7829_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Luiz%20Arthur%20A%20Barros.pdf). Acesso em: 20 jan. 2021.

BIBLIOTECA VIRTUAL OSWALDO CRUZ. *Na diretoria geral de saúde pública*. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <http://oswaldocruz.fiocruz.br/index.php/biografia/trajetoria-cientifica/na-diretoria-geral-de-saude-publica>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.892, de 2 de abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC) [...]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 64-A, p. 1, 2 abr. 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>. Acesso em: 12 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica doença pelo coronavírus 2019. *Boletim COE COVID-19*, Brasília, DF, n. 13, p. 1-18, 20 abr. 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/boletins-epidemiologicos/boletim-epidemiologico-covid-19-no-13.pdf/@@download/file/Boletim%20Epidemiológico%20Covid-19%20-%20Nº%2013.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico especial: doença pelo coronavírus COVID-19*. Brasília, DF, 14 jan. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/15/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_45.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/15/boletim_epidemiologico_covid_45.pdf). Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Tesouro Nacional Transparente. *Monitoramento dos Gastos da União com Combate à COVID-19*. [2021]. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRITTO, Nara. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/t7>. Acesso em: 15 jan. 2021.

CORLISS, John O. A Salute to Antony van Leeuwenhoek of Delft. *Protist*, Jena, v. 153, n. 2, p. 177-190, June 2002.

CASTRO, Janete Lima de; GERMANO, José Willington. A difusão da medicina social no Brasil: o protagonismo de Juan César Garcia e da OPAS1. *Revista Cronos*, Natal, v. 11, n. 1, p. 219-219, 2010.

CAVALCANTE, João Roberto *et al.* COVID-19 en Brasil: evolución de la epidemia hasta la semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 4, p. 1-13, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_)

arttext&pid=S2237-96222020000400306&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2021.

CARVALHO, Aline dell'Orto. [Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)]. 2007. Resenha da obra de: LUZ, Madel Therezinha. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982. Disponível em: <http://www.historiaecultura.pro.br/cienciaepreconceito/instrumentos/medicinaeordem.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

CARVALHEIRO, José da Rocha. Os coletivos da covid-19. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 7-23, ago. 2020.

CUI, Jie; LI, Fang; SHI, Zheng-Li. Origin and Evolution of Pathogenic Coronaviruses. *Nature Reviews Microbiology*, London, v. 17, n. 3, p. 181-192, 2019.

CUTLER, David. How Will COVID-19 Affect the Health Care Economy? *JAMA*, Chicago, v. 323, n. 22, p. 2237-2238, 2020.

DANDA, Guilherme José da Nóbrega; GARBERO, Rodrigo de Freitas. *Profilaxia de infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos*. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (MBA em Gestão e Controle de Infecção Hospitalar) – Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa, Brasília, DF, 2012.

ESCOLA Tropicalista Baiana (1860). In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, [200-]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/esctroba.htm#ficha>. Acesso em: 20 jan. 2021.

FERRAZ, Sônia Terra. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, n. 32, v. 2, p. 49-60, mar./ abr. 1998. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7700/6273>. Acesso em: 20 jan. 2021.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 6. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Museu da Vida. Carlos Chagas. *Invivo*, Rio de Janeiro, 3 dez. 2021. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/historia/carlos-chagas/>. Acesso em: 15 jan. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A trajetória do médico dedicado à ciência*. Rio de Janeiro, [201-]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/trajetoria-do-medico-dedicado-ciencia>. Acesso em: 15 jan. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Tuberculose*. Rio de Janeiro, 4 jul. 2013. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/glossario-tuberculose>. Acesso em: 25 set. 2021.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. *Origens das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil colônia a 1930*. Ouro Preto: UFOP, [200-]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/origem\\_politicas\\_saude\\_publica\\_brasil.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf). Acesso em: 20 jan. 2021.

GAZETA MÉDICA DA BAHIA. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, v. 1, n. 1, 10 jul. 1866.

GOVERNO federal já gastou R\$ 509 bilhões no enfrentamento à pandemia. *Senado Notícias*, Brasília, DF, 22 dez. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/12/22/governo-federal-ja-gastou-r-509-bilhoes-no-enfrentamento-a-pandemia>. Acesso em: 12 set. 2021.

GUIMARÃES, Lígia. Favelas serão as grandes vítimas do coronavírus no Brasil, diz líder de Paraisópolis. *BBC News Brasil*, São Paulo, 18 mar. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2020/03/18/favelas-serao-grandes-vitimas-do-coronavirus-no-brasil-diz-lider-de-paraisopolis.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 19 jan. 2021.

HANKS, Angela; SOLOMON, Danyelle; WELLER, Christian E. *Systematic Inequality: How America's Structural Racism Helped Create the Black-White Wealth Gap*. Washington: Center for American Progress, 2018.

HAPUHENNEDIGE, Sandani. Public Health Experts are Learning from Canada's anti-mask protest. *CMAJ News*, [s. l.], v. 192, n. 42, p. E1274-E1275, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7588209/pdf/192e1274.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

HEIDMANN, Ivonete T. S. Buss *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021). Acesso em: 21 jan. 2021

HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, jul. 1998. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701998000400012&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701998000400012&script=sci_arttext). Acesso em: 21 jan. 2021.

HOSSAIN, Mokter. The Effect of the Covid-19 on Sharing Economy Activities. *Journal of Cleaner Production*, Amsterdam, v. 280, n. 1, p. 1-9, 2021.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CHAVES, Leandra; BARROS, Rodolfo. A Escola Tropicalista e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 86-93, 2008. Disponível em: <https://bibliotecaquimicaufmg2010.files.wordpress.com/2012/02/a-escola-tropicalista.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Medicina social: conceito e história. In: JACOBINA, Ronaldo R. *Doutor do aprender: Memorial de promoção a titular*. Salvador: Edufba, 2018. p. 1-15.

LAM, Tommy Tsan-Yuk *et al.* Identification of 2019-nCoV Related Coronaviruses in Malayan Pangolins in Southern China. *Nature*, London, v. 583, p. 282-285, Mar. 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2169-0>. Acesso em: 21 jan. 2021.

LEITE, Zélia Terezinha Custódio; VAITSMAN, Delmo Santiago; DUTRA, Paulo Bechara. Leite e alguns de seus derivados – da antiguidade à atualidade. *Química Nova*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 876-880, mar. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/qn/a/v4RvRZ5TQ4dr6JTjWxbYpdH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1037-1051, set./dez. 2003. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000300012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000300012&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 16 jan. 2021.

LIMA, Luana Nepomuceno Gondim Costa; SOUSA, Maisa Silva de; LIMA, Karla Valéria Batista. The genomic discoveries of SARS-CoV-2 and their implications for the COVID-19 pandemic. *Journal of Health & Biological Sciences*, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2020. DOI: 10.12662/2317-3219jhbs.v8i1.3232.p1-9.2020. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3232/1108>. Acesso em: 16 jan. 2021.

MCCOLLUM, Antea. *Lewiston City Council votes against mask mandate following anti-mask protest*. Moscow, EUA, 14 July 2021. Disponível em: <https://www.uiargonaut.com/2020/07/14/lewiston-city-council-votes-against-mask-mandate-following-anti-mask-protest/>. Acesso em: 21 jan. 2021.

MICROBIOLOGY SOCIETY. *What is Microbiology?* London, 2022. Disponível em: <https://microbiologysociety.org/why-microbiology-matters/what-is-microbiology.html>. Acesso em: 3 ago. 2022.

MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Coronavírus e Norovírus: coronavírus. In: MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. *Microbiologia médica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. cap. 55, p. 970-974.

OLIVEIRA, Benedito Tadeu de. Da antiga sede da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) ao atual Instituto Nacional do Câncer (Inca). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 325-346 jan./mar. 2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000100015](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000100015). Acesso em: 16 jan. 2021.

OLIVEIRA, Eduardo de Sá. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342000000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000100002). Acesso em: 16 jan. 2021.

OPAL, Steven M. A Brief History of Microbiology and Immunology. *Vaccines: a Biography*, Nova York, 2010.

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. [S. l.], 11 mar. 2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812). Acesso em: 16 jan. 2021.
- ORTEGA, Francisco; BEHAGUE, Dominique P. O que a medicina social latino-americana pode contribuir para os debates globais sobre as políticas da Covid-19: lições do Brasil. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1-13, 2020.
- OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015.
- PEERI, Noah C. *et al.* The SARS, MERS and Novel Coronavirus (COVID-19) Epidemics, the Newest and Biggest Global Health Threats: What Lessons Have We Learned? *International Journal of Epidemiology*, London, v. 49, n. 3, p. 717-726, June 2020.
- ROLLSTON, Rebekah; GALEA, Sandro. COVID-19 and the Social Determinants of Health. *American Journal of Health Promotion*, [Royal Oak], v. 34, n. 6, p. 687-689, 2020.
- ROSEN, George. A evolução da medicina social. In: NUNES, Everardo. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983. p. 25-82.
- ROSEN, George. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- ROSEN, George. O que é a Medicina social. In: ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaio sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. cap. 2, p. 77-141.
- SAINT-EXUPÉRY, Antoine de. *O pequeno príncipe*. 31. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1987.
- SANTOS, Adailton Ferreira dos. *Escola tropicalista baiana: registro de uma nova ciência na Gazeta Médica da Bahia (1866-1889)*. 2008. Dissertação (Mestrado em História da Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/brasiliana/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=552&sid=27>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- SANTOS, Norma Suely de Oliveira; ROMANOS, Maria Tereza Villela; WIGG, Marcia Dutra. Coronavírus humano. In: SANTOS, Norma Suely de Oliveira; ROMANOS, Maria Tereza Villela; WIGG, Marcia Dutra. *Virologia Humana*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2015. cap. 14, p. 721-738.
- SHANNON, Robert R.; FORD, Brian J. *History of optical microscopes*. Disponível em: <https://www.britannica.com/technology/microscope/History-of-optical-microscopes>. Acesso em: 3 ago. 2022.
- SILVA, Luiz Jacintho da. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 337-383, 1985.
- SOUTO, Xênia Macedo. COVID-19: aspectos gerais e implicações globais. *RECITAL – Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara*, Almenara, MG, v. 2, n. 1, p. 13-36,

jan./abr. 2020. Disponível em: <https://recital.almenara.ifnmg.edu.br/index.php/recital/article/view/90/37>. Acesso em: 16 jan. 2021.

SOUZA, Carlos Dornels Freire de *et al.* Evolução espaço temporal da letalidade por COVID-19 no Brasil, 2020. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 1-3, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132020000401001&script=sci\\_arttext&tIing=pt#B3](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132020000401001&script=sci_arttext&tIing=pt#B3). Acesso em: 21 jan. 2021.

TAYLOR, Derrick Bryson. A Timeline of the Coronavirus Pandemic. *The New York Times*, Nova York, 17 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.nytimes.com/article/coronavirus-timeline.html>. Acesso em: 21 jan. 2021.

URURAHY, Nilton Rabello; VALVA, Milena d'Ayala. O saber médico como dispositivo político estatal na intervenção do espaço urbano. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA: CULTURA, SOCIEDADE E PODER, 4., 2014, Jataí, GO. *Anais [...]*. Jataí, GO: UFG, 2014. Disponível em: [http://www.congressohistoriajatai.org/anais2014/Link%20\(212\).pdf](http://www.congressohistoriajatai.org/anais2014/Link%20(212).pdf). Acesso em: jan. 2021.

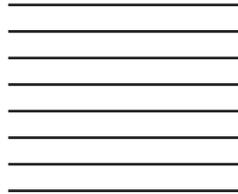
WINSLOW, Charles-Edward. Some Leaders and Landmarks in the History of Microbiology. *Bacteriological Reviews*, Washington, v. 14, n. 2, p. 99-114, June 1950. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC440961/?page=1>. Acesso em: 16 jan. 2021

WU, Di *et al.* The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. Elsevier. *International Journal of Infectious Diseases*, Hamilton, v. 94, p. 44-48, May 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971220301235#!>. Acesso em: 21 jan. 2021.

ZANCAN, Glaci. A microbiologia na era da genômica: o avanço de ciências como a física e a criação de instrumentos poderosos de análise. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 4-5, jun./set. 2002. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252002000100002&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252002000100002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 set. 2021.

ZHOU, Peng; YANG, Xing-Lou; SHI, ZHENG-Li. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, London, v. 579, p. 270-273, 2020. Disponível em: [https://www.nature.com/articles/s41586-020-2012-7?fbclid=IwAR22oBWvaYAJwQj6f\\_l2Nlwey3eb9fAI4bbJDsIUZA8qLzsxbDlsTp\\_k-2A](https://www.nature.com/articles/s41586-020-2012-7?fbclid=IwAR22oBWvaYAJwQj6f_l2Nlwey3eb9fAI4bbJDsIUZA8qLzsxbDlsTp_k-2A). Acesso em: 21 jan. 2021.





20

## UMA PRECIOSIDADE DA HISTÓRIA DA MEDICINA: O MEMORIAL DA MEDICINA BRASILEIRA

*Ana Lúcia Albano*

*Celeste da Silva Santos*

*Ivanildes Silva de Souza*

*Ritta Maria Morais Correia Mota*



**Figura 1** – Fachada principal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, sede do Memorial da Medicina Brasileira  
Fotógrafo: Benedito Cirilo.

## MEMORIAL DA MEDICINA BRASILEIRA

A história desta instituição cultural teve início em 1982, com a criação do Memorial de Medicina que foi convertido, em 1995, em Memorial da Medicina Brasileira (MMB).<sup>1</sup> Ao longo destas décadas, suas atividades foram desenvolvidas timidamente, restritas, apenas, ao espaço museológico.

Sensível às questões sociais e culturais, o diretor da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Luís Fernando Fernandes Adan, empossado em 2015 e reeleito em 2019, percebendo o potencial histórico-cultural deste equipamento, incentivou o administrador Uendel Dias a desenvolver o projeto “Memorial da Medicina Brasileira: viabilizar a salvaguarda do acervo para além da Faculdade de Medicina da Bahia”, em 2017. Projeto que visa salvaguardar o acervo e contribuir para a manutenção do sítio histórico do complexo da Faculdade de Medicina, através do incentivo à disponibilidade de equipe técnica fixa que possa gerir os espaços e viabilização da abertura para visita ao público externo, buscando manter a continuidade da salvaguarda deste patrimônio e gestão financeira em parceria com a Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão (Fapex).

A partir do segundo semestre de 2018, a ideia inicial foi ampliada, tendo como foco o prédio como complexo cultural. O MMB é o lugar de memória da saúde, constituído pelas unidades responsáveis pela guarda do acervo histórico da FMB: o Archivo Histórico Anselmo Pires de Albuquerque (AHAPA), a Bibliotheca Gonçalo Moniz (BGM) e o Memorial de Medicina (MM), tendo por missão a preservação e a comunicação. Nesta perspectiva, respeitando as especificidades tipológicas e o trabalho desenvolvido ao longo de décadas, foi definido que as unidades de guarda de acervo permaneceriam com suas coordenações autônomas, priorizando o diálogo com a coordenação-geral do MMB, buscando unificar os trabalhos das unidades e facilitando a divulgação e o acesso ao público nas visitas e pesquisas.

Com esta premissa, ao longo destes dois anos, a equipe do MMB vem desenvolvendo projetos que consolidam a sede *mater* como lugar de memória. O prédio como memória da Medicina da Bahia, potencializando a importância desta construção que tem uma história imbricada com a formação da saúde na Bahia desde o século XVI, com a Companhia de Jesus e sua missão de religião, educação, hospitalidade e “cura”.

Dentro deste contexto, este trabalho está sendo estruturado a partir dos fatos históricos que demarcam a destinação do prédio para a saúde, ao longo destes séculos. Com a expulsão dos jesuítas, em 1759, o antigo Colégio dos Jesuítas foi

---

1 Lei Federal nº 1.050/1995. Documento disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19050.htm#:~:text=L9050&text=LEI%20N%C2%BA%209.050%2C%20DE%2018,na%20cidade%20de%20Salvador%2C%20Bahia](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19050.htm#:~:text=L9050&text=LEI%20N%C2%BA%209.050%2C%20DE%2018,na%20cidade%20de%20Salvador%2C%20Bahia).

destinado a ser Hospital Real Militar da Bahia. Em 18 de fevereiro 1808, por decisão régia, foi criada a Escola de Cirurgia da Bahia, fato ocorrido na passagem da família real pela Bahia que, apesar de tempo curto, deixou registrado nos documentos históricos dois grandes marcos que celebram o potencial político, econômico e social das terras brasileiras: a abertura dos portos às nações amigas e a criação do primeiro estabelecimento de ensino superior do país: a Escola de Cirurgia. Em 1816, a Escola de Cirurgia da Bahia transformou-se em Academia Médico-Cirúrgica da Bahia. Em 1832, ganhou o notabilíssimo título de Faculdade de Medicina da Bahia, denominação que é estampada na fachada do prédio. Posteriormente, uniu-se ao projeto do prof. Edgard Santos para criação da Universidade da Bahia.

Para além da memória da saúde, o MMB está abrigado em um monumental prédio em estilo neoclássico e eclético, construção projetada pelo expoente arquiteto franco-argentino, Victor Dubugras – considerado precursor da arquitetura moderna na América Latina. A construção desta obra foi articulada após o incêndio de 1905 que destruiu parte do prédio. O novo projeto arquitetônico incluiu na estrutura do prédio colunas e capitéis, em meio a inúmeras janelas, sacadas e portas em grandes dimensões, acompanhando características da fachada anterior, como podemos observar na Figura 2.



**Figura 2** – O Terreiro de Jesus, 1808, Bahia<sup>2</sup>  
Fotógrafa: Ritta Maria Mota.

2 Desenho assinado por Octavio Torres. Acervo Memorial de Medicina.

A belíssima construção que permanece imponente no Terreiro de Jesus e habita o imaginário da população da Bahia e de seus visitantes, até os dias atuais, teve a execução do projeto realizada pelo engenheiro Theodoro Sampaio, homem negro escravizado que foi alforriado pelo seu pai, dedicando-se aos estudos da engenharia.

Por mais de um século de história, esta arquitetura moderna vem testemunhando o cotidiano da cidade do Salvador, fazendo parte da memória de jovens estudantes, professores e pesquisadores da Medicina, turistas e população da capital baiana, sendo cápsula histórica de grandes pesquisas realizadas por renomados médicos. Local precursor, primeira instituição a formar uma mulher médica no país, a gaúcha Rita Lobato Velho Lopes, em 1887. Espaço de inovação tecnológica através do uso clínico do raio-X. Palco, também, de discussões e revoluções sociais através da introdução da vacina, novos hábitos de higiene pública, criações de cemitérios, saneamento básico, conduta social, dentre outros assuntos que, possivelmente, resultaram em protestos e/ou passeatas que partiam ou findava no Terreiro de Jesus, na porta da FMB.

Neste espaço, desde o século XIX, há a guarda de documentos históricos que relatam a atuação médica nos grandes conflitos como: Guerra do Paraguai (1864-1870), Guerra de Canudos (1896-1897) e Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Há a guarda, também, da vida acadêmica dos estudantes, professores e servidores, a trajetória nos estudos, pesquisas realizadas, desenvolvimentos que contribuíram com a Saúde Pública do Brasil.

Em 1985, o Centro Histórico da Bahia foi reconhecido pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco) como Patrimônio Mundial da Humanidade. Em 2016, devido sua singularidade na arquitetura e na história, o prédio da Faculdade de Medicina foi tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan), sendo inscrito em dois livros: *Livro de Tombo Histórico* e o *Livro de Tombo das Belas Artes*.

Pensando a ideia de complexo cultural, lugar de memória da saúde, foi elaborado para o MMB um roteiro de visita que reforçasse o conceito. Optando por iniciar o percurso pela biblioteca, unidade mais antiga, conhecendo o salão de leitura, espaços seguros para observação da guarda de algumas coleções, corredor central, anfiteatro, pavimento superior que permite a melhor contemplação da área verde, esculturas dos renomados médicos, estrutura do século XVI. Logo em seguida, o visitante conhece o arquivo e as salas de exposições do memorial, findando no salão nobre.

Para além do circuito de visita, foi desenvolvido alguns projetos de incentivo cultural, participação em eventos internacionais, nacionais e locais, criação de logomarca e produtos de divulgação.

## ARCHIVO HISTÓRICO ANSELMO PIRES DE ALBUQUERQUE



**Figura 3** – Archivo Histórico Anselmo Pires de Albuquerque  
Fotógrafa: Ivanildes Souza.

### RESUMO HISTÓRICO DO ARQUIVO

O AHAPA teve suas atividades iniciadas no ano de 1816 (não comprovado por documento), mas foi a partir de 1916 que ele existe como setor estruturado pelo amanuense Anselmo Pires de Albuquerque (servidor-técnico responsável pela guarda, cópia e organização da documentação arquivística) com o objetivo de guardar, conservar e disseminar a informação da FMB.

O servidor Anselmo Pires de Carvalho e Albuquerque se tornou amanuense da escola *mater* da Medicina brasileira a partir de 2 de junho de 1896 e em 3 de novembro de 1915, tornou-se arquivista.

O amanuense-arquivista Anselmo Pires de Albuquerque não se limitou a guardar os papéis, mas a executar ações que são próprias da Arquivologia moderna. Pires de Albuquerque desfrutava de sólida formação cultural, que o empoderava

para avaliar a importância dos documentos que manipulava e tinha preparo para trabalhar com produção documental de diferentes épocas históricas. Escreveu cinco volumes de arquivos da FMB, quatro datados de 1916 a 1919 e um sem especificação, mas referente ao ano de 1920. (JACOBINA; FORTUNA, 2019)

Sua contribuição como funcionário zeloso e competente, foi notada (percebida) tanto entre os médicos da FMB, como Gonçalo Moniz, Eduardo de Sá Oliveira, entre outros, quanto externamente, a exemplo da *Gazeta Médica da Bahia*, onde foram registradas as qualidades do arquivista. Entre as suas contribuições, foi autor de pelo menos três artigos na *Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia*.

Em sua homenagem, no ano de 2014, o arquivo da FMB foi nomeado como Arquivo Anselmo Pires de Albuquerque, por proposta de prof. Ronaldo Jacobina, com aprovação unânime da congregação.

Em 1980 foi realizado a primeira grande reorganização (reestruturação) no acervo histórico da faculdade pela profa. Maria José Rabello de Freitas – professora de arquivística, assistente da Escola de Biblioteconomia e idealizadora do curso de Arquivologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) –, realizando um brilhante trabalho de separação, organização, catalogação e escolha do arranjo adotado no acervo, tarefa realizada juntamente com servidoras da faculdade como Francisca da Cunha Santos e Vilma Lima Nonato (*in memoriam*) e teve como preceito o princípio da proveniência. Essa documentação foi acondicionada em caixas de papelão e tecido confeccionadas para melhor atender as necessidades do arquivo. O arranjo adotado por Maria Rabello foi organizar o acervo em séries dando uma visão global da documentação que são a administrativa, contábil, didática (acadêmica), científica e legislativa e em subséries que indica os assuntos dos documentos numa ordem cronológica referente à data da produção documental.

No ano de 2016, o arquivo foi fechado para reorganização devido a grande massa documental que foi acumulada com o passar dos anos. O então diretor, prof. Luís Fernando Fernandes Adan, sensível a situação da memória da faculdade e preocupado em preservar esse patrimônio arquivístico resolveu no mesmo ano em parceria com a Coordenação de Arquivo e Documentação (CAD/PROAD/UFBA) organizar toda essa documentação facilitando assim o controle, preservação e futuro acesso a esses documentos. Inicia um trabalho de higienização, seleção, avaliação, organização, arquivamento, catalogação dos documentos. A primeira atitude tomada foi separar a documentação histórica – que compreende documentos de 1808 até o ano de 1970 – da documentação administrativa – que corresponde a documentos de 1971 até os dias atuais, documentos oriundos dos setores da FMB.

O arquivo histórico (permanente) continuaria no setor no primeiro andar da sede *mater* da faculdade (no Terreiro de Jesus) e o administrativo passaria a funcionar em sala destinada a funcionar como arquivo administrativo da FMB, localizada no térreo do mesmo prédio.

Procedimentos adotados pela equipe da CAD:

- Congelamento de documentos e higienização dos que foram infestados por insetos seguindo os procedimentos de conservação e preservação;
- Registros dos documentos higienizados;
- Separação dos documentos históricos dos administrativos;
- Implantação do Arquivo Administrativo;
- Leitura e identificação dos documentos administrativos caixa por caixa, realizado as devidas anotações e identificações nestas, como a separação e arquivamento de documentos nos seus locais de origem e;
- Separação do documento segundo o Código de Classificação adotado pela UFBA e a anotação do tempo de permanência no arquivo seguindo a Tabela de Temporalidade.

## **ACERVO ARQUIVÍSTICO**

O AHAPA possui uma importante documentação em suporte de papel, sobre a formação dos primeiros médicos no Brasil e suas atuações em relevantes fatos históricos do país. No AHAPA é possível realizar consulta referente a temática de gênero, etnia, grupos humanos, estudos sociais, políticas públicas, vida acadêmica de médicos que estudaram na FMB, fotografias da atuação médica (como na Guerra de Canudos), entre outros. O acervo da primeira Faculdade de Medicina do Brasil é constituído por documentos históricos e administrativos, informativos e probatórios de direitos, documentos que relatam a história da Medicina na Bahia, fatos históricos (como a Guerra de Canudos, a Guerra do Paraguai, Ditadura entre outros) e de médicos que por aqui passaram como Aristides Maltez, Augusto Vianna, Rita Lobato, Alfredo Brito, José Silveira, Robertos Santos e outros.

O acervo histórico, que compreende documentos de 1808 até 1970, é composto por documentos textuais (manuscritos e impressos), cartográficos (mapas), iconográficos (fotografias), vídeos, entre outros. Possui em seu acervo documentos administrativos, contábeis, acadêmicos, legislativos como: atas da congregação, dos departamentos, do conselho técnico-administrativo e de concursos; histórico escolar; dossiês de professores e funcionários; cadernetas; registro de matrícula; registro de diploma; boletins de pessoal, termos de colação de grau, correspondência

geral (da época do Império), legislações da província, inscrições nos exames preparatórios dos cursos de Medicina, Obstetrícia, Farmácia, Parteiras, Odontologia e Enfermagem; matrícula do curso de Medicina, Farmácia, Odontologia, entre outros. Possui aproximadamente 2.050.000 documentos e 250 metros lineares. Para acessar esses documentos temos o catálogo topográfico, elaborado pela profa. Maria Rabelo de Freitas, com a indicação da série, subsérie e segue a ordem cronológica.

O acervo do arquivo administrativo, que corresponde documentos de 1971 até os dias atuais, são os provenientes dos setores (secretaria, diretoria, contabilidade, departamentos) da FMB como: planejamento acadêmico, provas, cadernetas, atas das reuniões dos departamentos da FMB, ofícios, portarias, plantas, processos entre outros documentos administrativos e acadêmicos.

O arranjo do arquivo histórico está dividido em séries:

1) administrativos e contábeis; 2) acadêmicos; 3) legislativos; 4) científicos (transferidos do setor); 5) atas; e subséries 1) documentação administrativa e contábil: documentos administrativos, boletim de pessoal, correspondência em geral, portarias, pagamentos de pessoal, livro de ponto; 2) documentos científicos: teses e memórias históricas transferidos para a Bibliotheca Gonçalo Moniz; 3) documentos acadêmicos: cadernetas, históricos, vida escolar, inscrição de exame, registro de diploma, matrícula, boletim de exame; 4) documentação legislativa: leis, resoluções da província, correspondências com os ministérios, avisos, alvarás, decisões do governo; 5) atas da congregação, dos concursos e do conselho técnico-administrativo.

Segundo o gênero, possuímos documentos textuais (manuscritos), cartográficos (mapas, plantas), iconográficos (fotografias), filmográficos (fitas VHS), sonoros (fitas k7) e informáticos (disquetes).

A tipologia documental compreende:

- atas de reuniões (congregação, conselho técnico-administrativo, departamental);
- histórico escolar;
- registro de matrícula, registro de diploma;
- boletim de pessoal entre outros.

## **PROJETOS**

Atualmente, estamos em processo de construção do arquivo fotográfico e digitalização dos acervos, seguindo todos os procedimentos arquivísticos.



**Figura 4** – Participação dos médicos da FMB na Guerra de Canudos  
Fotógrafa: Ivanildes Souza.

## BIBLIOTHECA GONÇALO MONIZ: MEMÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA

A Gonçalo Moniz é a mais antiga biblioteca da UFBA. Uma senhora idosa, com uma vida repleta de vicissitudes e que caminha para os 190 anos sem, contudo, deixar de cumprir sua missão de disseminar a informação e fomentar a produção de conhecimento. Essa missão teve início ainda no século XIX, no seio da primeira instituição de ensino superior do país, a FMB. Neste período se formou o primeiro núcleo de acervo científico daquela que viria a ser, a partir de 1946, a Universidade da Bahia. Desse fato provém a sua missão precípua atual de guardião do patrimônio bibliográfico da faculdade e da própria universidade, posto que ambas as instituições são umbilicalmente ligadas. O alcance desse valioso patrimônio, no entanto, ultrapassa as fronteiras da Bahia e reverbera Brasil afora. Na biblioteca estão reunidas obras que representam a memória da Medicina pesquisada, ensinada e

praticada no país durante os dois últimos séculos. Em seu acervo, como se em perpétuo e profícuo diálogo acadêmico, coexistem fragmentos de vida intelectual das várias gerações de médicos, farmacêuticos e odontólogos que passaram pela Faculdade de Medicina ao longo da sua história. Homens e mulheres que contribuíram, em distintas épocas, com a pesquisa e o desenvolvimento das ciências da saúde nas mais diversas localidades. É, isto, pois, o que dá significado ao epíteto desta biblioteca: Memória da Saúde Brasileira.<sup>3</sup>

## RESUMO HISTÓRICO DA BIBLIOTECA

A trajetória da biblioteca está historicamente atrelada à missão da FMB, uma vez que a biblioteca surgiu com o intuito de subsidiar as atividades acadêmicas da instituição. Entretanto, segundo informa a profa. Cristina Fortuna (2014) em suas notas históricas sobre a BGM, apesar de a Escola de Cirurgia ter sido criada em 1808 e as instruções elaboradas pelo dr. José Correia Picanço, para orientar professores e alunos, determinarem o uso nas aulas da obra do médico francês Georges de La Faye,<sup>4</sup> não havia indicação de onde e como este, ou outros livros, poderiam ser acessados, se o governo os forneceria ou mesmo se os professores deveriam providenciar a aquisição de exemplares por conta própria. Porquanto, “[...] não existem registros de quais teriam sido os primeiros livros possuídos pela ‘Schola de Chirurgia’ ou pelo ‘Colégio Médico Cirurgico da Bahia’”. (FORTUNA, 2014, p. 18)

Nos anos seguintes, a Biblioteca Pública da Bahia se tornaria um referencial no acesso ao conhecimento para professores e alunos do curso recém-criado. Instalada em 1811, por iniciativa de membros da sociedade baiana da época, Moraes (2006) indica que a primeira biblioteca pública da América Latina já contava com mais de 5 mil volumes em 1818, dentre eles muitas obras de Química, Física, Botânica e Medicina, com a presença de autores portugueses, ingleses e franceses, como Xavier Bichat e Philippe Pinel.

É importante ressaltar ainda a circulação de obras médicas impressas na Bahia pelo tipógrafo Manuel Antonio da Silva Serva, que teve sua tipografia instalada também em 1811. Conforme informa Castro (1969), dos primeiros anos de funcionamento do estabelecimento até 1819, foram publicados 14 livros de Medicina na cidade do Salvador, sendo alguns deles de autoria ou tradução dos dois professores encarregados de ministrar aulas na Escola de Cirurgia a partir de 1808. José Soares

---

3 Em 2003 a denominação da biblioteca foi alterada para Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira, por meio de parecer do prof. Geraldo Milton da Silveira. (FORTUNA, 2014)

4 Trata-se, muito provavelmente, da obra *Principios de cirurgia* (Lisboa, 1787), tradução portuguesa de *Principes de chirurgie* (Paris, 1738), feita pelo médico português Silvestre José de Carvalho. Ambas as obras estão disponíveis no site [www.archive.org](http://www.archive.org).

de Castro, nomeado como lente da cadeira de Anatomia e Operações Cirúrgicas, publicou em 1812 o primeiro dos quatro volumes do seu *Tratado de anatomia*, saindo os três seguintes em 1813, 1814 e 1815,<sup>5</sup> respectivamente. Ainda em 1815, foi publicado o livro *Memorias physiologicas e praticas sobre o aneurisma e a ligadura das arterias*, tradução de Castro a partir da obra de Jean Pierre Maunoit. Já Manuel José Estrela, designado como lente da cadeira de Cirurgia Especulativa e Prática, publicou em 1816 o livro *Obsevações fysiologicas sobre a vida e a morte obtidas pela indagação dos fenomenos da economia animal*, tradução do original *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, de autoria de Xavier Bichat. (CASTRO, 1969) A publicação de todas essas obras, certamente, não teve outro intuito que o de auxiliar os alunos nos estudos do curso superior instalado na Bahia.

Quando a lei de 3 de outubro de 1832, que reforma o ensino médico no país, simplesmente determina em seu artigo 21 que a verba arrecadada com a matrícula dos estudantes seja revertida para a aquisição de livros, sem qualquer indicação de que uma biblioteca deveria ser criada para reuni-los, fica claro a preexistência de uma biblioteca na FMB. Contudo, memorialistas como Eduardo Freire de Carvalho Filho (1913), consideram que a biblioteca da instituição só passou de fato a existir em 1836, quando chegou de Paris uma primeira remessa de 400 livros, adquiridos pela diretoria da FMB.

O primeiro bibliotecário da Faculdade de Medicina foi Manoel Feliciano Ribeiro Diniz, nomeado em 1841. Ribeiro Diniz nasceu em Salvador e ao finalizar os estudos primários em humanidades, seguiu para a Europa a fim de estudar Medicina, iniciando a formação na Itália, mas concluindo o curso na França.<sup>6</sup> (GARCIA, 1843) De volta à Bahia em 1840, trouxe consigo uma coleção pessoal composta por livros de Medicina, Filosofia e Literatura, os quais ofertou em venda à Faculdade de Medicina, sendo adquiridos cerca de 2 mil volumes, entre livros e folhetos. A posse do dr. Diniz no cargo de bibliotecário foi efetivada no ano seguinte e, certamente, concorreu para isso, além da formação em Medicina, o seu prestígio social como poeta, filólogo e bibliófilo. Pouco tempo, entretanto, ficou Ribeiro Diniz na função, pois veio a falecer em 1843. Nesta época, a biblioteca já contava com os serviços do funcionário Joaquim Coelho do Amaral, ora atuando como ajudante de biblioteca, ora como bibliotecário temporário. (BLAKE, 1883-1902; FORTUNA, 2014; SANTOS, 1905)

---

5 Este *Tratado de anatomia* é o primeiro livro de medicina impresso na Bahia. A obra viria a ter ainda um quinto volume, publicado em 1829. (BLAKE, 1883-1902)

6 Manoel Correia Garcia (1843), autor do necrológio do dr. Diniz, afirma que o médico se formou em Paris. Escrevendo décadas depois, Blake (1883-1902) e Santos (1905) afirmam que ele concluiu o curso em Montpellier.

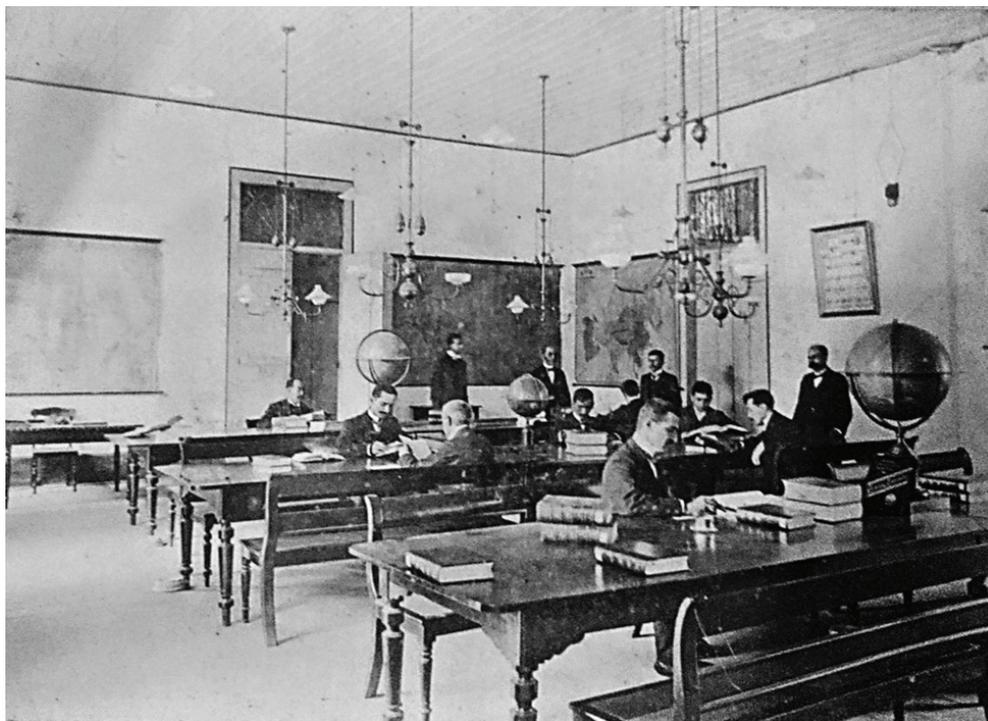
Do século XIX até a primeira metade do século XX, a legislação determinava que, nas bibliotecas das faculdades de Medicina, os cargos de bibliotecário e sub-bibliotecário fossem ocupados por médicos, sendo o quadro de funcionários completado por contínuos, serventes, amanuenses ou bedéis. Ao bibliotecário cabia as atividades administrativas da biblioteca e a organização dos catálogos, tendo o sub-bibliotecário como ajudante e eventual substituto. Os demais funcionários ficavam encarregados da limpeza e da manutenção da ordem nos espaços da biblioteca. Fortuna (2014), elenca nove bibliotecários da FMB período de 1841 a 1942, destacando o trabalho de Luis Augusto Villas Boas, que ficou no cargo por 38 anos e foi responsável pela organização do primeiro catálogo da biblioteca, atividade que teve início em 1856 e só foi concluída quatro anos depois, em 1860.

Os desafios na manutenção da biblioteca ao longo dos anos são sempre mencionados pelos memorialistas da faculdade. Os comentários sobre a pouca verba fornecida por parte do governo para a aquisição de obras são uma constante e, por consequência, a desatualização do acervo em relação às informações especializadas produzidas nos centros de conhecimento médico da Europa. O acervo praticamente devia o seu contínuo e modesto crescimento às doações, muitas feitas por professores e médicos. (FORTUNA, 2014) Malaquias Alvares dos Santos registra na *Memória* de 1854 que entre os doadores estava o imperador Pedro II. Quando alguma quantia era disponibilizada, a congregação constituía comissão para fazer uma lista de compras com base na indicação, por parte dos professores, de obras necessárias às matérias ministradas nos cursos. (BOMFIM, 1861)

Livros também eram adquiridos por meio de viagens dos professores a países estrangeiros, conforme determina o artigo 13 do Decreto nº 1.387, de 1854. Enviados de três em três anos pela congregação das faculdades em missão científica, costumeiramente a países europeus, estes professores tinham entre as suas incumbências a aquisição de objetos necessários ao desenvolvimento das atividades acadêmicas nas instituições, como equipamentos de laboratório, instrumentos médicos e livros. Como representante da FMB, Virgilio Climaco Damazio viajou em 1883 para a Europa, retornando no ano seguinte com novas perspectivas para os estudos de Medicina Legal, um projeto para a instalação de um necrotério na Bahia e 624 volumes para o acervo da biblioteca. (DAMAZIO, 1886)

Outra reclamação recorrente era com relação às instalações físicas da biblioteca, que desde o início de suas atividades, funcionava em uma pequena sala, próxima à Catedral Basílica. Em 1884, o memorialista Alexandre Afonso de Carvalho reivindicou a construção de um prédio anexo para a biblioteca, pois a sala atual não comportava mais o crescimento do acervo. O prédio não foi construído e só dez anos depois é que a biblioteca foi finalmente transferida para uma das antigas enfermarias do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, realocado para

o Hospital Santa Izabel, inaugurado em 1893. O novo espaço era bem mais amplo e com acesso independente pela Rua das Portas do Carmo. (FORTUNA, 2014)



**Figura 5** – Salão de Leitura da biblioteca em 1902  
Fonte: acervo AHAPA/MMB.

A permanência da biblioteca neste novo espaço, entretanto, não duraria muitos anos. Em março de 1905, um incêndio de grandes proporções atingiu a Faculdade de Medicina, consumindo as instalações e os 22 mil volumes do acervo da instituição. O fogo teve início no almoxarifado e a biblioteca foi fatalmente atingida, sobretudo por estar instalada no pavimento imediatamente acima deste local. O incêndio destruiu ainda os gabinetes de Anatomia Patológica, de Bacteriologia e de Química, além da antiga capela particular dos jesuítas, construída em 1551. (BRITTO, 2002)

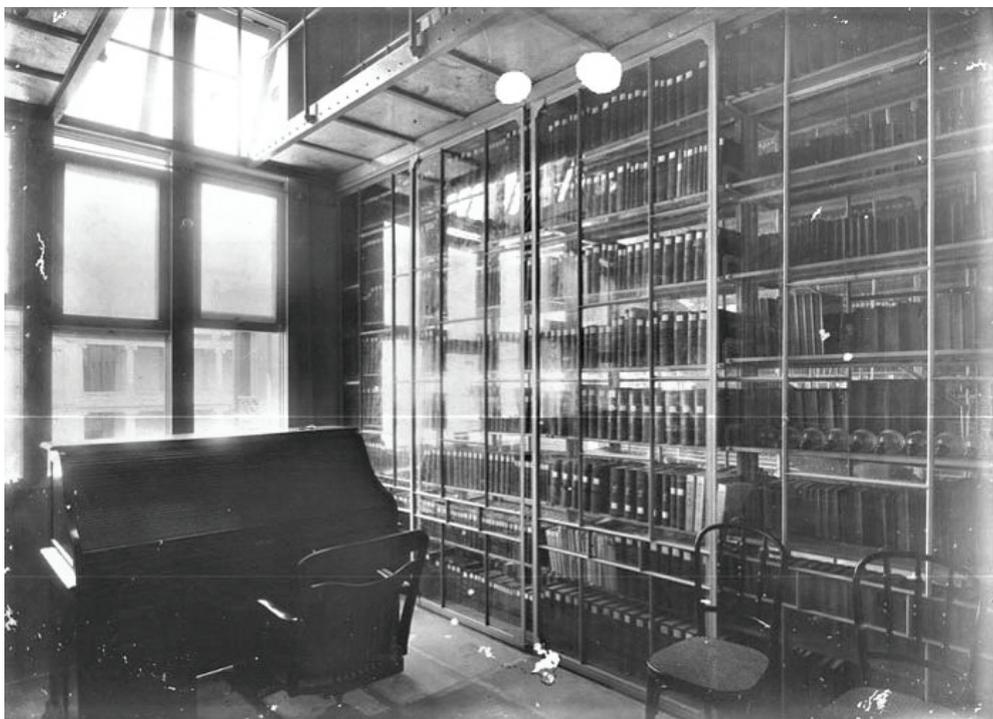
Após o sinistro, a diretoria da faculdade constituiu uma comissão composta pelos professores Gonçalo Moniz, Anísio Circundes de Carvalho, Guilherme Pereira Rebello e mais os estudantes Demosthenes Drumond de Magalhães e Fernando Luz, para coordenar, ao lado do bibliotecário Pedro Rodrigues Guimarães, o processo de recomposição do acervo. As doações de livros e teses logo começaram a

chegar e, segundo Britto (2002, p. 314), “o apoio material das classes cultas da Bahia para tornar palpitante realidade a ideia de constituir-se uma nova biblioteca para a Faculdade de Medicina, corporificou-se em entusiástica e nobre campanha”. De fato, os números do jornal *Diário da Bahia* (1905), publicados nos dias seguintes ao incêndio, trazem sempre um boletim dando conta do crescente quantitativo de volumes ofertados para a biblioteca. Assim, através de aquisições e doações, o acervo foi sendo paulatinamente recomposto e em 1908 já contava mais de 10 mil volumes.

Para abrigar as coleções, um novo espaço começou a ser edificado para a biblioteca ainda em 1905, tendo por base o projeto do arquiteto franco-argentino Victor Dubugras. As obras foram iniciadas pelo engenheiro baiano Theodoro Sampaio e concluídas pelo também engenheiro João Navarro de Andrade. A construção foi finalizada em 1908 e a inauguração em 1909, já com um acervo de 12 mil volumes. A ideia, que era de construir um prédio com elementos que dirimissem a propagação do fogo, visando a prevenção de futuros incêndios, foi efetivada. O novo edifício<sup>7</sup> foi erguido em três andares, sendo o local de guarda do acervo, com capacidade para 60 mil volumes, estruturado em quatro pavimentos com escadarias e estantes de ferro sobre pisos de vidro fosco, estando o subsolo reservado para o armazenamento de duplicatas. Um pequeno elevador foi instalado no local para facilitar o transporte dos livros entre os pavimentos. No andar térreo da biblioteca foram instalados dois gabinetes de estudo para professores e estudantes, além do gabinete do bibliotecário. O amplo salão de leitura, localizado no andar superior, foi decorado com pinturas do artista italiano Orestes Sarcelli. Na fachada do prédio, com acesso pela Rua das Portas do Carmo, duas imponentes esculturas em representação das figuras de Hipócrates e Galeno, trabalhos do escultor italiano Pasquale de Chirico. (BRITTO, 2002; FORTUNA, 2014)

---

7 Conjugado ao edifício da biblioteca, foi construído o pavilhão de Medicina Legal, tendo como anexo lateral o necrotério do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, criado em 1907.



**Figura 6** – Área de guarda do acervo da biblioteca em 1909  
Fonte: acervo AHAPA/MMB.

A figura do prof. Gonçalo Moniz<sup>8</sup> como patrono da biblioteca foi instituída em 1944, por proposta do também prof. Francisco de Castro, a qual a congregação da FMB prontamente acatou. A justa homenagem é um reconhecimento ao trabalho desenvolvido por Gonçalo Moniz à frente da comissão responsável pela recomposição do acervo da biblioteca após o incêndio. (FORTUNA, 2014) Fernando Luz (1939), que também participou da comissão enquanto estudante de Medicina, ressalta o comprometimento e a dedicação com que Gonçalo desempenhou a missão que lhe foi incumbida e enaltece os conhecimentos bibliográficos e a cultura médica do professor, empregados no processo de seleção e organização dos livros adquiridos e recebidos em doação. Afrânio Coutinho<sup>9</sup> (1984), destaca que o trabalho do prof. Gonçalo Moniz como bibliógrafo “imprimiu um caráter am-

8 Gonçalo Moniz Sodré de Aragão nasceu em 1870 e faleceu em 1939. Um resumo biográfico do patrono da biblioteca pode ser encontrado no *site* da FMB: [www.fmb.ufba.br/lista-dos-profesores-encantados](http://www.fmb.ufba.br/lista-dos-profesores-encantados).

9 Professor, crítico literário e ensaísta, Afrânio Coutinho (1911-2000) graduou-se em Medicina em 1931, na FMB. Foi o 9º Bibliotecário da Bibliotheca Gonçalo Moniz, ocupando o cargo de 1932 a 1942.

plo, enciclopédico” ao acervo, distinguindo a instituição como uma verdadeira “biblioteca universitária”, antes mesmo da existência de universidades no país: “graças à mente riquíssima daquele sábio, que sabia o que devia ser uma biblioteca e se honrava de a haver formado com o espírito indicado”. (COUTINHO, 1984)

A criação da Universidade da Bahia em 1946, deu novos rumos institucionais para a Faculdade de Medicina. No bairro do Canela, foi finalizada em 1948 a construção do Hospital das Clínicas, espaço de ensino prático há muito pleiteado por professores e estudantes. O ano de 1949 assinalou a desambiguação dos tradicionais cursos de Farmácia e Odontologia, criados no século XIX como escolas anexas à FMB, que a partir de então passaram a existir como unidades autônomas vinculadas à nova universidade. As décadas seguintes foram marcadas pela reivindicação no aumento do número de vagas disponibilizadas no curso de Medicina e a necessidade de ampliação das instalações físicas para atender às novas demandas acadêmicas. Na década de 1970, um outro complexo foi então construído para a FMB no *campus* universitário do Canela, culminando com a saída das atividades administrativas e de ensino do edifício no Centro Histórico. (SILVEIRA, 1988)

Neste novo espaço, uma outra biblioteca também foi criada para o curso de Medicina, tendo por base parte do acervo, dito atualizado, que foi transferido do antigo prédio. As obras históricas, que num passado não tão distante, fomentaram a pesquisa para gerações de alunos e professores, jazeram nas suntuosas instalações da Bibliotheca Gonçalo Moniz, construídas poucas décadas antes. O tempo, é claro, não foi gentil com o acervo. O processo de desuso do complexo do Pelourinho, iniciado no final da década de 1960 e com auge na década de 1990, cobrou seu preço. É o que relata Carvalho (1988, p. 131): “no edifício da antiga Faculdade [...] permaneceu a importante coleção quase que totalmente abandonada. Obras foram extraviadas e inúmeras outras bastante danificadas”.

Parte do acervo foi resgatado em 1982, quando da criação do MMB. Exemplares das teses e das memórias históricas da faculdade, sob a curadoria da profa. Dinorah Berbert de Castro,<sup>10</sup> foram restaurados e reencadernados. Obras raras e textos representativos da Medicina baiana, como produções de Jonathas Abbot, Pirajá da Silva, Nina Rodrigues, Afrânio Peixoto, Oscar Freire, Gonçalo Moniz, entre outros, totalizando 188 volumes, passaram a compor um núcleo de acervo bibliográfico no memorial. Entretanto, o restante do acervo, estimado à época em 60 mil volumes, assim como o prédio da biblioteca, aguardavam intervenções urgentes. (CARVALHO, 1988; CASTRO, 1988)

---

10 Dinorah d’Araujo Berbert de Castro realizou pesquisas com a coleção de teses históricas da FMB anos antes, tendo como resultado dissertação apresentada em 1973 à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA.

Nos anos seguintes, planos de resgate foram idealizados e discutidos, sem, contudo, chegar a qualquer ação efetiva. No final de 1992, um plano de salvamento chegou a ser colocado em prática por iniciativa da direção da Biblioteca Central da UFBA, na pessoa da bibliotecária e profa. Nídia Lubisco. Dado o tamanho do acervo e o estado em que se encontrava, o projeto estabeleceu parceria fundamental com a Escola de Biblioteconomia e Documentação, à época sob a direção da profa. Maria José Rabello de Freitas<sup>11</sup>, e envolveu uma equipe significativa de bibliotecários e estagiários. A proposta era realizar atividades de conservação, restauração e organização. (ESPECIALISTAS..., 1993) Infelizmente, não se sabe exatamente quando, o projeto foi interrompido e, muito provavelmente por falta de recursos, não conseguiu finalizar o que se propôs.

Nova tentativa de salvamento teve início em 2003, desta feita através de parceria firmada com o Ministério da Saúde. A iniciativa do projeto partiu do então reitor da UFBA, prof. Naomar de Almeida Filho, e abarcava a salvaguarda do acervo e a restauração do prédio. Para a intervenção no acervo, que a esse tempo já se encontrava em estado crítico, foi estabelecida uma equipe de trabalho sob a coordenação da então diretora da Biblioteca Central da UFBA, a bibliotecária Maria das Graças Miranda Ribeiro, envolvendo estudantes de Arquivologia, Biblioteconomia e História, além de bibliotecárias e restauradores. Um mutirão com recrutas das forças armadas foi montado para auxiliar no remanejamento do acervo e na montagem dos espaços de trabalho. A recuperação arquitetônica do edifício ficou aos cuidados da Escola Oficina de Salvador, projeto de extensão da Faculdade de Arquitetura da UFBA em parceria com o governo espanhol, sob a orientação dos arquitetos e professores Luiz Dourado e Silvia d’Affonsêca. (DOURADO; D’AFFONSÊCA; BARBOSA, 2010)

Durante a execução do projeto, a maior parte do acervo passou por processos de conservação e restauração e as coleções foram, aos poucos, sendo reorganizadas. Em 2009, depois de décadas fechada, a biblioteca foi, por fim, reaberta aos pesquisadores, seguindo protocolos de controle de acesso ao acervo. O ano de 2009 marca também a criação do Sistema Universitário de Bibliotecas da Universidade Federal da Bahia e a inclusão da BGM no rol das bibliotecas especiais do órgão. Com a inauguração da Biblioteca Universitária de Saúde em 2010 e a reunião dos acervos da área nesta unidade, a biblioteca criada para o curso de Medicina no *campus* do Canela foi extinta.

A despeito de todas as dificuldades e percalços, é preciso reconhecer que o trabalho desenvolvido pela equipe coordenada pela bibliotecária Graça Ribeiro

---

11 No começo da década de 1980, a profa. Maria José Rabello de Freitas realizou importante trabalho na organização do arquivo da faculdade e na implementação do MMB.

foi fundamental para a revitalização da BGM nos anos 2000. Destaca-se também a contribuição direta das bibliotecárias Zilda Cerqueira Brito, Leonor Dantas Halla, Julita Sampaio e Sonia Maria Ribeiro de Abreu, do restaurador Renato Carvalho, do funcionário José Paulino da Silva e de todos os estudantes que participaram do projeto. Em 2017,<sup>12</sup> os 185 anos da biblioteca foram comemorados com uma exposição fotográfica e palestras com alguns dos profissionais que fizeram parte das atividades de revitalização.

## **ACERVO BIBLIOGRÁFICO**

Atualmente o acervo bibliográfico da BGM é composto por aproximadamente 100 mil volumes de livros, folhetos, periódicos e teses publicados entre 1557 e 1960. São obras impressas em diversas partes do mundo e em diversos idiomas, com prevalência do francês e do português. O maior quantitativo é, obviamente, de obras de Medicina, mas há também uma presença considerável de obras de ciências da saúde no geral, além de química, física, botânica, biologia, história, sociologia, antropologia, literatura e mesmo linguística.

Grande parte das obras hoje existentes no acervo da biblioteca são remanescentes das doações e compras feitas no período de recomposição após o incêndio de 1905, mas também são sobreviventes do período em que a instituição esteve fechada. Ao longo de sua história, a BGM sempre foi tida como biblioteca de referência na área médica na Bahia. Isso fez com que convergissem para o seu acervo obras de diversas procedências, quer seja de particulares, quer seja de instituições. Apesar de, até o momento, não terem sido localizados documentos que registrem essas incorporações, carimbos e assinaturas comprovam os caminhos percorridos pelos livros, revelando, por vezes, trajetórias que envolvem diversos proprietários. Assim que são facilmente localizáveis no acervo conjuntos de obras que pertenceram a personalidades baianas, professores e estudantes da FMB, e até mesmo a instituições atualmente extintas.

## **COLEÇÕES**

As coleções da BGM, devido às suas características de formação, guardam em muitos dos seus exemplares registros de práticas de ensino, atividades de pesquisa e vivências acadêmicas que remontam a história da FMB e da própria universidade. As possibilidades de pesquisa com esse tipo de material são amplas e vão além

---

12 O ano de 2017 marca também o ano de lançamento do *site* da biblioteca: [www.bgm.fameb.ufba.br](http://www.bgm.fameb.ufba.br).

da pura interpretação do conteúdo informativo da obra. O livro, que um dia circulou em mãos dos pesquisadores de outrora ou que foi avidamente consumido por estudantes em tempos idos, este livro, muitas vezes carrega consigo, inscrito em suas páginas, o acúmulo sucessivo de marcas de uso (notas e comentários de estudos e pesquisas, dedicatórias manuscritas etc.) que registram distintos aspectos do fazer acadêmico e revelam redes de sociabilidade existentes no âmbito institucional. Esses são alguns aspectos que evidenciam a importância das coleções antigas em uma biblioteca universitária e as torna, ao mesmo tempo, memória da instituição e testemunhos de sua própria formação.

O acervo da biblioteca está distribuído em dez coleções que foram sendo organizadas nos últimos anos:

### **Obras Raras**

A coleção foi formada com base nos critérios de raridade estabelecidos para a biblioteca. Reúne os livros mais antigos do acervo, impressos na Europa durante os séculos XVI (1557), XVII e XVIII. Nesta coleção estão ainda reunidas obras impressas no Brasil nas três primeiras décadas do século XIX, período de introdução e consolidação da imprensa no país.

### **Teses Históricas da FMB**

Reúne as teses produzidas no âmbito da Faculdade de Medicina desde o século XIX até a primeira metade do XX. A tese, trabalho acadêmico de caráter avaliativo, redigido segundo um conjunto de procedimentos institucionais, era requisito obrigatório a ser cumprido por aqueles que almejavam o grau de doutor em medicina (tese inaugural), cargos de docentes na instituição (tese de concurso) e, também, habilitação para exercer a profissão em território brasileiro, caso dos médicos com formação no exterior (tese de verificação de título). As primeiras teses inaugurais da FMB começaram a ser defendidas em 1836 e continuaram até o começo do século XX, quando deixaram de ser obrigatórias. (FORTUNA, 2010-2014) A tese inaugural mais antiga existente na coleção é a de Cyro Joze Pedroza, defendida em 1839. A de concurso é do ano anterior, 1838, apresentada por Eduardo Ferreira França para concorrer a cadeira de Chimica Medica e princípios elementares de Mineralogia.

### **Memória Institucional**

Criada em 2017 para reunir as publicações da FMB, tais como as *Memórias Históricas*, estatutos, regimentos, relatórios e programas dos cursos de Medicina, Farmácia e Odontologia. Reúne também os mesmos tipos de materiais existentes no acervo com relação à UFBA. Aqui entram ainda obras que versam sobre a história de ambas as instituições.

### **Professores & Alunos**

A coleção reúne a produção intelectual dos docentes e discentes da FMB, expressa através de obras acadêmicas, científicas e literárias. São manuscritos e também livros e folhetos publicados na Bahia, no Brasil e mesmo no exterior, entre os séculos XIX e XX. Criada em 2017, a organização desta coleção buscou corrigir uma falta histórica, mencionada por alguns memorialistas do século XIX, de que no acervo da biblioteca não se encontrava a produção escrita dos professores da própria faculdade.

### **Periódicos Científicos Históricos**

Reúne títulos técnico-científicos da área de ciências médicas editados entre os séculos XIX e XX por instituições de ensino e pesquisa, órgãos governamentais e sociedades científicas. São anuários, anais, boletins, memórias, revistas e coletâneas com periodicidades diversas publicados no Brasil e em várias partes do mundo. São destaques dessa coleção os periódicos científicos baianos, notadamente aqueles publicados desde o século XIX, como a *Gazeta Médica da Bahia*.

### **Teses Estrangeiras**

Teses defendidas em faculdades de Medicina de diversas cidades do mundo entre o século XIX e primeira metade do XX. Tem destaque quantitativo os exemplares das teses da Faculdade de Medicina de Paris (França) e da Faculdade de Medicina de Buenos Aires (Argentina). Entretanto, em menor número, há exemplares de teses de Portugal, Alemanha, Espanha, Holanda, Colômbia, México, Costa Rica, Chile, Guatemala e Nicarágua.

### **Teses Nacionais**

Teses defendidas em faculdades de Medicina de cidades brasileiras entre os séculos XIX e XX. São destaque os exemplares de teses intercambiadas com a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, produzidas de 1834 até 1950. Também marcam presença exemplares das faculdades de Medicina de São Paulo, Porto Alegre, Recife e Belo Horizonte.

### **Coleção Referência**

Composta por dicionários técnicos, manuais, índices, catálogos, bibliografias, enciclopédias, guias, entre outros. Nesta coleção estão reunidos os antigos catálogos da biblioteca,<sup>13</sup> produzidos em 1876 (em 1 volume), 1900 (em 2 volumes) e 1910 (2 volumes). O catálogo de 1900 registra as obras que foram perdidas no incêndio de 1905, enquanto o de 1910, o acervo recuperado nos cinco anos posteriores ao sinistro.

---

13 Memorialistas registram a produção de dois outros catálogos, 1860 e 1886. (FORTUNA, 2014) Infelizmente, até o momento, não foram localizados no acervo exemplares de nenhuma das duas obras.

### **Coleção Estácio de Lima**

Coleção bibliográfica que pertenceu ao prof. Estácio Luiz Valente de Lima (1897-1984). A coleção foi doada pela família à universidade e ficou por alguns anos custodiada na Biblioteca Universitária Reitor Macedo Costa, até ser transferida em 2014 para a BGM. São obras gerais e de referência que abrangem as áreas das ciências médicas, direito, antropologia, folclore, cangaço, literatura, entre outras. Estácio de Lima foi professor de Medicina Legal na FMB e na Faculdade de Direito da UFBA, e também membro da Academia de Letras da Bahia.

### **MEMORIAL DE MEDICINA**

O projeto de criação do Memorial da Medicina foi idealizado pelo reitor Luiz Fernando Macedo Costa, no ano de 1982, como marco comemorativo dos 150 anos da FMB. A área cultural estava restrita a ala nobre do prédio, com exposições de longa duração, constituída pelo acervo permanente da FMB. Estava organizado em seis espaços expositivos, constituído por mobiliário, pinturas, medalhas, livros e diplomas.

O memorial, quando da sua inauguração, provavelmente, não teve em seu projeto inaugural o acompanhamento de suportes da documentação museológica e expográfica.<sup>14</sup> Havia a realização de visitas espontâneas e agendadas integrando as atividades do memorial em consonância com as pesquisas, atividades que cumpriam a função didático-científica própria da FMB, o compromisso da salvaguarda e a difusão do patrimônio cultural de natureza histórica, de forma a intensificar a importância da primeira instituição de ensino médico superior do Brasil. O corpo técnico era reduzido e lotado na reitoria.

Após a comemoração do bicentenário da FMB, as atividades foram temporariamente encerradas, restringindo a visitação aos pesquisadores e calouros do curso de Medicina. O memorial ficou aberto ao público turístico de 1982 a 2008.

Para o processo de reestruturação pensado a partir de 2018, pudemos contar com algumas colegas<sup>15</sup> que contribuíram com o trabalho que está em desenvolvimento. Neste processo de reestruturação, diversos microprocessos foram

---

14 Até o presente momento a equipe técnica não encontrou nenhum documento referente ao projeto de criação do Memorial de Medicina e nem sobre os anos de funcionamento.

15 Registro de agradecimento a sra. Vilma Nonato (*in memoriam*) que trabalhou no Memorial de Medicina desde sua inauguração e, em momento oportuno, relatou a equipe atual fatos da criação da instituição e atividades desenvolvidas ao longo das décadas. Agradecimento especial a profa. Maria José Rabello de Freitas, que recebeu em sua residência Ana Lúcia Albano e Ritta Maria Mota para relatar o processo de criação do memorial coordenado por ela. Assim como ao Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins, na pessoa de dra. Almira Dantas, que colabora muito com o projeto do memorial.

desencadeados e estão sendo construídos aos poucos, buscando cumprir a finalidade de guardar, preservar e difundir o patrimônio histórico e cultural da FMB, colaborando com as atividades de ensino, pesquisa e extensão da UFBA.

No momento inicial, foram realizados o diagnóstico da instituição, o inventário e a reorganização dos ambientes expositivos (em andamento) que foram alterados à medida que a instituição recebeu doações de mobiliários e para atender a necessidade de realização de atividades de outra natureza, no momento em que o espaço cultural foi fechado ao público.

Neste processo de reorganização, foi realizado trabalho de pesquisa através de imagens em livros e jornais e relatos das servidoras. Foi pensada a reavaliação da disposição do acervo nesses espaços, tendo por objetivo buscar formato expositivo inicial, preservando em alguns espaços a manutenção do *layout* pensado em 1982. Um trabalho de equipe que vem sendo construído, tendo como princípio o cuidado e o respeito pelo o que foi pensado anteriormente, articulando com as necessidades do equipamento cultural do século XXI, trazendo à tona discussões sobre ciência, raça e gênero, sem perder a originalidade do espaço cultural da FMB.

Em se tratando de ações internas, estão sendo elaborados projetos expositivos, comunicação bilíngue, plano museológico, projeto de documentação museológica, conservação do acervo, projeto político pedagógico, com implementação do setor educativo, visando disponibilizar melhores informações para a pesquisa e atividades para o público em geral, realizando o acolhimento e a comunicação eficaz.

Tais atividades pretendem estimular os visitantes a exercer a participação reflexiva/crítica e a responsabilidade social de compartilhar, preservar e valorizar os patrimônios culturais, propiciando-lhes a possibilidade de analisar e interpretar os objetos como elementos do saber, identificando seus aspectos materiais, históricos e simbólicos.

A FMB traz em seu escopo o legado de ser a primeira instituição de ensino médico superior do Brasil, e, nesse sentido, é necessário motivar e estabelecer diálogos e interações com público visitante, promovendo o (re)conhecimento da importância histórica da primazia, contribuindo para a valorização e manutenção da história da instituição.

Com a implementação das atividades educativos-culturais, são ratificadas as atuais reflexões sobre o processo de ensino-aprendizagem que deslocam a escola para outros espaços possíveis, onde pode ser exercitada a educação. Os centros culturais, em razão de sua capacidade e singularidades, ganharam lugar de destaque nesse processo, cumprindo o papel de educar, facilitar o acesso à cultura, socializar, favorecer a prática da cidadania, formar indivíduos críticos, criativos e autônomos.

## ACERVO MUSEOLÓGICO

O acervo museológico do Memorial de Medicina vem sendo estruturado devido à ausência de documentações e a incerteza de ter passado por tratamento museológico. Um processo que visa dialogar com as demais unidades através de um banco de dados em conjunto, ponto que está sendo discutido pela equipe técnica.

Desde o ano de 2019, quando foi retomada a reabertura ao público, outros projetos estão sendo agregados, visando documentar a instituição para certificar-lhe o perfil de um instrumento museológico-educativo-cultural, fazendo jus ao objetivo de salvaguardar, preservar e difundir sobre a sua importância histórica, ciente que o acervo é parte desse processo.

A partir de então, a equipe do memorial tem realizado pesquisas internas e externas em documentos textuais e fotográficos, buscando robustecer as informações sobre o acervo do MMB, a fim de integralizar o registro individual e geral dos objetos em bancos de dados. Para tanto, o Projeto de Documentação Museológica – em processo de elaboração – possibilitará consultas mais precisas sobre os objetos que compõem a história da faculdade.

O processo de aquisição do acervo do MMB, provavelmente foi feito por compra e doação. Estes objetos, em grande maioria, estão dispostos em vários ambientes do prédio, em um formato de pré-exposição, já existentes desde que as aulas ainda eram ministradas no edifício.



**Figura 7** – Sala da Diretoria da FMB: composta por estandartes, louças, mobiliário, fotopinturas dos diretores, painel do artista baiano Carlos Bastos, produzido para a inauguração do memorial, em 1982  
Fotógrafo: Benedito Cirilo.

## COLEÇÕES

O acervo museológico do Memorial de Medicina é diversificado, contabilizando média de 1.100 objetos que estão classificados nas coleções que serão detalhadas abaixo:

### **Coleção de mobiliário**

Peças em madeiras nobres, executadas por entalhadores e marceneiros que se valeram de autêntica habilidade ao utilizarem decorações em alto relevo, geralmente com motivos brasonado e fitomorfos e uso de colunas torneadas e entalhadas, com autoria ainda em processo de pesquisa. Está constituído em cadeiras, conversadeiras e marquesas, escrivaninhas, jardineira, mesas de reuniões, carteiras escolares, porta chapéus, consoles, aparadores, armários, entre outras tipologias feitas em madeira e ornadas em couro, palhinha e espelhos.

### **Coleção de instrumentos científicos**

Esta coleção relata a trajetória médica ao longo dos séculos e conta com equipamentos inéditos como o primeiro aparelho de raio-X utilizado no país, eletrocardiograma do século XX. Laboratório de Física que pertenceu ao prof. dr. Adolfo Diniz Gonçalves. Químicos do curso de Farmácia. Objetos que contribuem com a história tecnológica da Ginecologia, Fisiologia, Física e Química aplicada à Medicina e áreas afins. São objetos que pertenceram a renomados professores da instituição e que muito tem para construir com o trabalho que vem sendo desenvolvido no MMB.

### **Coleção de medalhística/condecorações**

Esta coleção é constituída por medalhas que tratam da história da Medicina no Brasil e suas personalidades. São temas referentes a criação da UFBA e da FMB, homenageando o presidente Eurico Gaspar Dutra, ministro Ernesto de Souza Campos e o reitor prof. Edgard Rêgo Santos pela criação da UFBA; há também, homenagem do governador Antônio Carlos Magalhães ao centenário do prof. Clementino Fraga (1880-1980), médico que chefiou a campanha contra febre amarela, a pedido do presidente Washington Luís; Medalha de honra a Nina Rodrigues com inscrições, possivelmente em língua de origem africana; Homenagem a J. J. Seabra e Manoel Vitorino (médico, escritor e presidente do estado da Bahia). Temáticas relativas a estudos médicos como a Puericultura e Pediatria, a descoberta e identificação do *Schistosomum mansoni* no Brasil. As condecorações estão em processo de pesquisa e provavelmente pertenceram aos professores do século XIX e XX.

### **Coleção de artes plásticas**

A coleção de artes plásticas, pela sua grande diversidade, pode ser dividida em curadorias de acordo com a técnica artística empregada. As esculturas são assinadas por grandes nomes como: Pasquale de Chirico e Mário Cravo. As cópias das esculturas do jardim, produzidas em gesso, por alunos da Oficina de Estuque da Escola Oficina de Salvador, teve a orientação do mestre Francisco Souza. Os desenhos são estudos artísticos em suporte de papel realizados por Mário Cravo. A pintura nas paredes do salão nobre é atribuída a Manoel Lopes Rodrigues. A pinacoteca é constituída por pinturas óleo sobre tela e madeira que representam paisagens de Salvador, imagens religiosas, fatos comemorativos e fotopinturas de professores da instituição ao longo destes dois séculos. São obras assinadas por Carlos Bastos, Rescala, Couto, Prisciliano Silva, entre outros.

O acervo do memorial instiga algumas reflexões, levantando a hipótese de que os objetos não representam uma história acabada. Os artefatos musealizados podem provocar inúmeras possibilidades de olhares, pesquisas, identificação com a história de vida das pessoas, mesmo perdendo o seu valor e as suas funções originais e ganhando outras. Esse trajeto dos objetos é realizado por pessoas que trabalham e visitam o memorial, permitindo que esses artefatos “saíam” do seu lugar estático, passem a produzir movimento e conhecimento.

As práticas profissionais do MMB têm atuação direcionada para a atenção ao público e, também, para o cuidado com as coleções do seu acervo. Sendo uma instituição de serviço público com ações voltadas à pesquisa, educação e cultura, aliando-se ao compromisso sociopolítico para incentivar o estudo, a observação, o pensamento crítico, a contemplação e o diálogo.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Atualmente, o prédio da sede *mater* está ocupado pela direção da FMB, pelas unidades AHAPA, BGM e MMB, Colegiado de Medicina, Departamentos de: Anestesiologia e Cirurgia; Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas; Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana; Medicina Interna e Apoio Diagnóstico; Medicina Preventiva e Social; Neurociência e Saúde Mental; Patologia e Medicina Legal; Pediatria; Saúde da Família. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho; Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde; Comitê de Ética, Núcleo de Extensão (Next), Núcleo de Bioética e Ética Médica (Nbem), Núcleo de Formação Científica (NFC), Núcleo de Pesquisa e Educação Transdisciplinar em Bioética (Netbio), Ambulatório Materno-Infantil Professor Nelson Barros, Aliança de Redução de Danos, Academia de Medicina da Bahia,

Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins, Laboratório de Habilidades e Simulação Realística.<sup>16</sup>

Pensando neste lugar como espaço de ensino, pesquisa e extensão da FMB e de discussões sobre temáticas que envolvem o MMB, o atual projeto busca incentivar as pesquisas e diálogos através do seu acervo, reforçando as reflexões sobre a importância histórica e patrimonial deste lugar de memória. A divulgação do MMB para as comunidades externas, tem o objetivo de preservar a história da saúde através das suas relações com a sociedade ao longo dos séculos. Ademais, fomenta as relações internas – comunidade médica e ciências afins – através do diálogo sobre suas contribuições científicas que influenciaram/influenciam no desenvolvimento histórico-social, visando despertar o sentimento de identidade e pertencimento.

## REFERÊNCIAS

- BLAKE, Augusto Victorino Alves Sacramento. *Diccionario bibliographico brasileiro*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1883-1902.
- BOMFIM, Antonio Mariano do. *Memória histórica dos acontecimentos mais notáveis ocorridos na Faculdade de Medicina da Bahia durante o anno de 1860*. [Salvador]: Typographia do Diario, 1861.
- BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. *A medicina baiana nas brumas do passado: séculos XIX e XX: aspectos inéditos*. Salvador: Contexto e Arte Editorial, 2002.
- CARVALHO FILHO, Eduardo Freire de. *Memoria histórica da Faculdade de Medicina da Bahia: no anno de 1909 a 1910*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1913.
- CARVALHO, Tereza. Biblioteca. In: SILVEIRA, José. *No caminho da redenção: retrato de uma época*. [Salvador: s. n.], 1988. p. 130-132.
- CASTRO, Dinorah D'Araújo Berbert de. Teses de doutoramento e concurso. In: SILVEIRA, José. *No caminho da redenção: retrato de uma época*. [Salvador: s. n.], 1988. p. 132-134.
- CASTRO, Renato Berbert de. *A primeira imprensa da Bahia e suas publicações: tipografia de Manuel Antônio da Silva Serva, 1811-1819*. Salvador: Imprensa Oficial, 1969.
- COUTINHO, Afrânio. Salvem essa biblioteca. *A Tarde*, Salvador, 5 jul. 1984.
- DAMAZIO, Virgilio Climaco. *Ensino e exercicio da medicina, especialmente da medicina legal, em alguns paizes da Europa: relatório apresentado a Faculdade de Medicina da Bahia*. [Salvador]: Imprensa Economica, 1886.

---

16 No prédio, também estão instalados o Museu Afro-Brasileiro (MAFRO) e o Museu de Arqueologia e Etnologia (MAE).

DIARIO DA BAHIA. [Salvador: s. n.], mar. 1905.

DOURADO, Luiz; D’AFFONSÊCA, Silvia; BARBOSA, Antonio Carlos. A restauração da Faculdade de Medicina da Bahia: exemplo de parceria interna na UFBA. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 80, n. 2, p. 3-21, maio/jul. 2010.

ESPECIALISTAS recuperam o mais antigo acervo médico do país. *Jornal da UFBA*, Salvador, p. 12, jan. 1993.

FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. *Memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia relativas aos anos de 1916 a 1923, 1925 a 1941*. Salvador, 2010-2014.

FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. *Notas sobre a história da Bibliotheca Gonçalo Moniz da Faculdade de Medicina da Bahia, primaz do Brasil: 1832-1941*. [Salvador], 2014.

GARCIA, Manoel Correia. Discurso necrológico. *O Commercio*, [Salvador], n. 166, 1 ago. 1843. Disponível em: [http://memoria.bn.br/pdf/719110/per719110\\_1843\\_00166.pdf](http://memoria.bn.br/pdf/719110/per719110_1843_00166.pdf). Acesso em: 25 jan. 2021.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. O amanuense e arquivista Anselmo Pires de Albuquerque. *Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia*, Salvador, v. 114, p. 139-154, jan./dez. 2019.

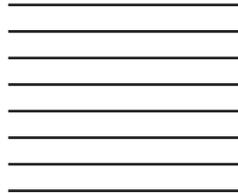
LUZ, Fernando. Necrológico. *Revista Médica da Bahia*, [Salvador], ano 7, n. 5, maio 1939.

MORAES, Rubens Borba de. *Livros e bibliotecas no Brasil colonial*. 2. ed. Brasília, DF: Briquet de Lemos Livros, 2006.

SANTOS, Malaquias Alvares dos. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia: relativa ao anno de 1854*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905.

SILVEIRA, José. *No caminho da redenção: retrato de uma época*. [Salvador: s. n.], 1988.





## 21

### O SÁBIO E O VERME

*Ronaldo Ribeiro Jacobina*

#### O SÁBIO

A abolição formal da escravatura em 1888 e a Proclamação da República no ano seguinte foram processos políticos importantes no nosso país. Porém, como os historiadores contemporâneos nos ensinam, as mentalidades não mudam por decretos. As estruturas mentais têm sua própria dinâmica. Assim, no fim do século passado, ainda havia uma mentalidade monarquista e escravocrata, inclusive de pessoas que ocupavam posições de prestígio nas instituições daquela época. A Bahia não era exceção e a Faculdade de Medicina era um bom exemplo dessa permanência.

Foi nesse cenário que se realizou um dos concursos mais memoráveis na primeira instituição de ensino médico do país. Era a vaga para professor substituto da cadeira de Moléstias Mentais e Nervosas, que tinha como catedrático João Tillemont Fontes.

Inscreveram-se para o concurso três candidatos, sendo Juliano Moreira um deles. Quando a congregação designou os cinco membros da banca examinadora, correu pelos corredores da faculdade a notícia que um dos candidatos contava com a simpatia de três professores conhecidos pelas suas posições escravistas.

Poucos dias antes do exame, um episódio iria também sinalizar para as dificuldades que teria o jovem candidato de apenas 23 anos. Juliano atenciosamente ouvia um acadêmico de Medicina, quando um desses examinadores, de passagem e sardônico, disse-lhe: “Conheço suas tias; são *queimadinhos*...”

Juliano sabia o quanto seria difícil um mestiço – um *queimadinho* – entrar na mais tradicional Faculdade de Medicina do país. Era rara a presença de “homens de cor” em sua galeria de docentes: Salustiano Souto, cujo saber impressionou o imperador d. Pedro II, em sua visita à escola em 1859; e os lentes Alves de Melo, os irmãos Domingos e José. Além disso, em geral, as competições atraem preferências, daí que, pela composição de muitas bancas, o concurso já estava decidido antes mesmo dele começar. O jovem psiquiatra, porém, tinha seus trunfos. Ele aprendera, e muito, com o grande *tropicalista* José Francisco da Silva Lima e contava com o estímulo e entusiasmo dos acadêmicos, liderados pelo sextanista Afrânio Peixoto. Afrânio foi o aluno que tinha testemunhado a cena de racismo explícito, anteriormente descrita.

Acima de tudo, Juliano acreditava na sua capacidade e dedicação à ciência e ao ensino. Os alunos, entretanto, conheciam as manhas da instituição, numa cultura não escrita, transmitida oralmente de turma para turma. Por essa razão, sua parcela mais lúcida decidiu acompanhar o concurso, cujas provas didática e prática, bem como a defesa de tese, eram públicas. Nessa questão, os alunos ensinaram ao mestre.

As provas tiveram início na última semana de abril de 1896 e, surpreendentemente, foram tranquilas. Na leitura da prova escrita, o ponto “Miopatias progressivas” foi desenvolvido com erudição médica no conteúdo e clareza na apresentação. Juliano era um crítico da Medicina retórica e pouco prática. Defensor da experimentação, advogou num belo e original artigo na *Gazeta Médica da Bahia* a existência de laboratórios nos hospitais do país. A mesma competência aconteceu tanto na aula como na prova prática, onde o mestre demonstrara total domínio e precisão. Ao concluir a defesa de tese, o público não se conteve, sendo o jovem professor calorosamente aplaudido.

Em maio foi divulgado o resultado do concurso, tendo Juliano tirado nota dez, o candidato oficial oito e o terceiro reprovado com três. Os escravocratas se curvaram diante da luminosidade daquele *queimadinho*. Como Machado, Juliano foi um gênio dessa raça mestiça chamada Brasil.

Além do concurso, outro momento também memorável na história da velha Faculdade de Medicina, no Terreiro de Jesus, foi a posse desse novo professor da Clínica Psiquiátrica, em 16 de junho daquele mesmo ano. Com a presença não só dos catedráticos, mas de praticamente todo o corpo docente, dos funcionários e obviamente os estudantes, Juliano Moreira fez um discurso inesquecível.

Depois de reverenciar os mestres que lhe serviram de estímulo, inclusive aqueles fora da academia, como Silva Lima, e os colegas de discussões científicas na Sociedade de Medicina, ele passou a se referir diretamente sobre o polêmico concurso:

— Subir sem outro bordão que não seja a abnegação ao trabalho, eis o que há de mais escabroso. Tentei subir assim, e se méritos tenho em minha vida este é um. Daí as fráguas e tormentas dela.

Nunca a fala daquele homem, desde muito jovem comedido, foi tão cheia de ardor:

— Bem se vê que há muito mais que admirar na bravura nobre, ainda que por vezes ignorada, com que o pequeno reage pé ante pé, de agrura em agrura, no terreno escarpado e resvaladiço dos revezes contra a invasão corruptora das torpezas, do que em muito triunfo que o nascimento exagera com antecipado renome, embora falso, e que a proteção imerecida incrementa.

E como um homem de ciência, desqualificou o racismo, do qual só não foi vítima, porque sua sabedoria era muito, muito mais forte:

— A quem se arreceie de que a pigmentação seja nuvem capaz de marear o brilho desta Faculdade, me parece estar vendo a imagem fulgurante da Pátria Brasileira, qual a gloriosa Cornélia, a mãe dos Gracos, a mostrar serena e majestosa, entre as suas joias mais preciosas, as gemas coloridas que valorizam o diadema que lhe auréola a fronte: desde Gonçalves Dias a Gonçalves Crespo a espargirem os esplendores maravilhosos da beleza de seus versos, até Tobias Barreto a irradiar os fulgores todos de sua pujante, indômita e vivaz mentalidade.

Não se poderia ter encontrado melhor precursor para a tese de um Brasil plural, com múltiplas cores combinadas, valorizando o 'diadema'. Mais ainda: o corajoso professor não se omitiu de identificar o que verdadeiramente macula o ser e torna a alma pequena, esta sim, sem luz, que nunca vale a pena:

— Em dias de mais luz e hombridade o embaçamento externo deixará de vir à linha de conta. Ver-se-á então que só o vício, a subserviência e a ignorância são que tisanam a pasta humana quando a ela se misturam, ganhando-lhe o íntimo

e aí inviscerando o mal, com todas as suas cáusticas e minazes incongruências. A incúria e o desmazelo que petrificam, a hipocrisia, a baixeza e a desfaçatez que desmoralizam, sim dão àquela massa humana aquele outro negror que a torna incapaz de fornecer radiações.

De maneira espontânea, inconsciente para usarmos a linguagem freudiana, autor que ele já estudava naquela época, muito antes de virar moda, segundo Afrânio Peixoto, discípulo e depois colega por duas décadas no Rio; pois bem, de modo inconsciente, ele se voltou para onde se concentravam os membros mais conservadores da Congregação – um deles era aquele que conhecera sua tia – e disse:

— A contínua genuflexão é que atrofia os músculos com que deambulamos e aqueles com que conservamos ereta nossa espinha; a hombridade combalida, esta é que nulifica a vontade, mantém os colapsos da consciência, torna dobradiça a têmpora do caráter, eterniza a genuflexão moral.

Ouve-se aqui ecos nietzschianos, inclusive de sua máxima que diz: “boa consciência é sinal de péssima memória”, muito provável para quem dominava a língua e conhecia com profundidade a cultura alemã. Juliano, porém, olhava para o futuro. Ele encerrou sua fala, voltando-se para onde, naquele salão nobre, apertavam-se os acadêmicos, não só de Medicina, como também de Farmácia, Direito e Engenharia.

— Mocidade altiva desta escola: eu tenho em vosso seio as testemunhas de que jamais faltei aos deveres dos cargos que me têm sido confiados. A vós, desta escola e das escolas irmãs, que sereis no futuro a tradição vivaz do presente, a vós, nessa terra de amnésicos, eu tomo por testemunha do modo por que transpus os umbrais desta faculdade.

O filho de um inspetor de iluminação pública, cuja função era verificar se os funcionários municipais, os *acendedores de lampiões*, tinham se incumbido de suas tarefas, teve como herança o dom de iluminar, de iluminar almas. Era esse o único recurso que ele podia oferecer como padrinho aos sextanistas que o elegeram paraninfo. E os formandos, tendo como porta-voz o seu orador Afrânio Peixoto, não vacilaram, reafirmaram a sua escolha.

Num dos trechos de sua oração, lido na solenidade da formatura, referindo-se ao paraninfo, Afrânio foi preciso: “Mestre Juliano Moreira, homem de ação e de ciência, quando o escolhemos tínhamos em conta o que o nosso querido Professor já fez, o que faz e a certeza do muito que ainda fará. Sua obra, seu trabalho dispensa o louvor dos adjetivos”. Numa justa homenagem, novamente a Faculdade de Medicina, em seu salão nobre, aplaudia calorosa e demoradamente um de seus sábios.



**Figura 1** – Juliano Moreira, jovem professor de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Bahia, no Terreiro de Jesus  
Fonte: Oda, Piccinini e Dalgalarondo (2005, p. 666).

## O VERME

O enorme êxito desse concurso não alterou os hábitos do prof. Moreira. Continuava a ministrar as aulas teóricas de Psiquiatria, substituindo com muita frequência o catedrático, o prof. Tillemont. Frequentava as enfermarias do Asilo São João de Deus, na Boa Vista de Brotas, onde dava as aulas práticas da cadeira, e continuava a produzir trabalhos científicos e a colaborar nas principais revistas médicas nacionais e estrangeiras, pois Juliano, com seu domínio em alemão, francês, inglês e espanhol, correspondia-se com quase todos os centros de conhecimento da época.

Era um exemplo para a maioria dos colegas, alunos e funcionários. Esses últimos tinham uma admiração especial. Boa parte dos bedéis, porteiros e serventes eram negros ou “pardos” e ele passou a ser um orgulho da raça.

Movido por essa admiração, o bedel José Saturnino dos Santos resolveu procurar o jovem alienista para pedir orientação sobre um “incidente” ocorrido com um amigo, o porteiro Francisco, então servindo na clínica da faculdade no Hospital Santa Izabel, no bairro de Nazaré. O bedel era um homem forte, apesar de seus 60

anos, de baixa estatura e, como quase todos os descendentes de escravos caboverdianos, tinha a tez marrom e cabelo liso.

Como ele conhecia os hábitos do prof. Moreira, sabia que o mestre invariavelmente passava no asilo todas as manhãs, para ver os pacientes e oito horas em ponto ele já saltava do *bond*, na Sé, em direção ao Terreiro de Jesus, onde ficava o prédio da faculdade.

Assim que Juliano desceu do bonde da Companhia Trilhos Centraes, o bedel o abordou:

— Professor, gostaria de um minuto de vossa atenção.

Ao reconhecer o velho funcionário, Juliano sorriu e com cordialidade disse:

— Caro Saturnino, o senhor tem o tempo que se fizer necessário.

A vida intelectual tinha-lhe ensinado que o único método é ser inteligente, e o sr. Dos Santos era um daqueles que meia palavra, às vezes nenhuma, bastava. Um exemplo de funcionário público. Pontual, trabalhador e competente no desempenho de suas tarefas em apoio às aulas, o prof. Moreira o tinha em muita consideração e demonstrara isso, sem populismo, em várias oportunidades.

No início de sua abordagem, havia no bedel um pouco de receio que, com as recentes conquistas, o professor tivesse perdido a simplicidade que sempre tivera. Mas, tal receio logo se dissipou. Aquela receptividade do novo professor substituiu o encorajou:

— Gostaria de conversar com o doutor com mais vagar e na companhia de um amigo. Na verdade, é ele quem vai falar. É o porteiro Francisco...

— Lembro-me dele, antecipou-se Juliano, um rapaz muito simpático e zeloso no seu labor. Na semana passada, eu o vi no Hospital Santa Izabel. Ele foi transferido...?

— É ele mesmo, professor. Mas, é melhor que ele próprio explique tudo ao senhor.

Assim, combinaram o encontro para o dia seguinte. Os funcionários chegaram um pouco antes das quatro da tarde, uma vez que conheciam a pontualidade do mestre. Juliano os recebeu de modo acolhedor. Saturnino apresentou o porteiro Francisco que demonstrava timidez nos olhos fugidios, mas cheios de admiração. Para deixá-lo à vontade, Juliano tomou a iniciativa e pediu que ele falasse sem receio, uma vez que ele daria àquela conversa o mesmo caráter confidencial que dava à de seus pacientes.

Francisco do Espírito Santo, um negro magro, 28 anos, com um riso simpático, realçado por um sinal na face direita, começou a falar de modo tenso, inseguro, mas logo, logo foi soltando o seu temperamento jovial e loquaz:

— Bem, não sei como começar...

O mestre, acostumado às difíceis anamneses de sua especialidade, sorriu de modo benigno e disse persuasivo:

— A forma mais fácil é pelo início (riram todos.).

— Sim, senhor. Como o senhor sabe, na frente da faculdade tem duas vagas reservadas para os coches do diretor e do vice (Juliano concordou com um movimento de cabeça). Um dia, bem... o prof. Oliveira Tosta... (fez uma pequena pausa e olhou para seu interlocutor, que, ao ouvir aquele nome, redobrou sua atenção). Como eu dizia, o professor Tosta chegou com sua charrete e queria colocar na vaga do vice. Eu não podia... recebemos instruções do sr. Saturnino aqui, que é nosso supervisor, para não abrir exceção a ninguém...

— O senhor entende, disse Saturnino quase pedindo desculpa ao professor, se abrisse pra um, teria de abrir para todos...

O porteiro retomou a narrativa:

— Ele gritou pra eu tirar o cavalete e quando eu procurava explicar que não poderia... o senhor conhece o prof. Tosta, não é?

Ali todos conheciam o prof. José de Oliveira Tosta. Alto, largo, no limiar da obesidade. Sua face, como todo o corpo, era arredondada, flácida e imberbe. Era uma pessoa temperamental e quando ficava exaltado, o rosto ficava rubro e apresentava uma profusão de gestos e trejeitos. E era dado a rompantes violentos, sobretudo, verbais:

— Se você não tirar esta *merda*, eu mesmo tiro. E saltou de sua sege, pegou o cavalete e atirou-o longe. Enquanto subia e conduzia o cavalo na direção da vaga, gritou:

— Quem manda nesta *zorra* sou eu!

Quando o porteiro relatou o acontecimento ao seu supervisor, o bedel procurou o diretor e comunicou-lhe o que tinha ocorrido. A autoridade principal da instituição disse que ia falar seriamente com o colega e exigir dele o respeito às normas adotadas, em especial aquela que tinha sido aprovada pela congregação. Era só discurso, José Saturnino sabia, como toda a comunidade da escola, que o diretor não tinha pulso, sobretudo com aqueles que o ajudaram a conseguir o cargo. O que ele gostava mesmo era de presidir os eventos festivos ou discursar nos rituais da academia, pronunciando suas banalidades solenes. Entretanto, pior que o discurso acaciano do diretor, muito pior mesmo, era encontrar pessoas *que se adornavam prazerosamente, com essa eloquência vazia*. Diante da afinidade eletiva de Juliano com a cultura germânica, essa ironia goethiana, aplicada ao liberalismo, não poderia deixar de ser lembrada, sobretudo em tempos mefistofélicos como o da atualidade neoliberal. Já que falamos em Mefistófeles, voltemo-nos ao nosso personagem infausto.

O prof. Tosta, desde aquele episódio, sentindo-se fortalecido, começou a estacionar seu veículo logo atrás da vaga do diretor, obrigando os porteiros a tirar a corrente que impedia o estacionamento defronte da porta principal da faculdade. Como o diretor se omitiu, os porteiros passaram a baixar a corrente para o colérico professor.

Juliano considerou grave o episódio, mas a grosseria do prof. Tosta não era novidade, pois ele mesmo, na presença inclusive de um acadêmico, o Afrânio Peixoto, como já foi descrito antes, tinha sido vítima de sua violência, numa ironia pouco sutil, insinuando que não permitiria sua aprovação no concurso.

Aqui é preciso que se faça uma digressão para descrever como o prof. Tosta se tornou catedrático da cadeira de Clínica Cirúrgica, na área de Urologia. Tendo apoiado o diretor atual, ele exigiu de seus comparsas que fosse formada uma banca comprometida em aprová-lo. Havia um professor catedrático de cadeira afim, renomado e brilhante cientista, que não poderia ser corrompido. Foi escandalosamente excluído da banca examinadora. Com uma banca de amigos, ele se tornou catedrático. De modo indireto e sutil, Nina Rodrigues chegou a escrever um artigo na *Gazeta Médica da Bahia* criticando esse tipo de vício num procedimento tão sério como é o concurso acadêmico. Apesar de tudo isso, no final das contas, tinha-se mais um catedrático de Medicina “nessa terra de amnésicos...”

Colocando novamente o bonde nos trilhos, voltamos à cena em que Juliano reconhecia a grosseria, mas era uma entre muitas do prof. Tosta. Então, o bedel Saturnino tomou a palavra:

— Professor, agora é que vamos chegar na questão. Conta Francisco, vai direto ao ponto.

— Desculpe a minha dificuldade, prof. Moreira. Só ao lembrar do fato, eu fico desnortado...

Juliano era o interlocutor ideal, pois ele melhor do que ninguém sabia buscar o rumo para mentes desgovernadas:

— Agora, com mais calma, retome o fio da meada.

— Sim, senhor. O que eu contei até agora é importante pra entender o que aconteceu depois. Sabe, doutor, foi na semana do 13 de maio. Estava chovendo, como o senhor sabe, chove muito na Bahia em abril e maio. O diretor comprou um *pára-chuva* e pediu para que nós, porteiros, nos dias de chuva, ajudássemos dra. Rita e as alunas, que são poucas, a chegar sem se molhar até as suas charretes ou mesmo até o bonde na Sé. O colega Aparício tinha ido levar uma aluna no ponto da Sé, quando o prof. Tosta chegou. Eu estava no meu posto junto à entrada principal da escola e ele queria parar seu carro logo atrás da vaga do diretor. Então, me gritou: “Porteiro, baixe a corrente!”. Fui até a porta, tendo o cuidado de não me

molhar e disse: “Professor, o colega está com o *pára-chuva* levando uma aluna ao bonde. Assim que ele chegar, eu vou aí baixar a corrente”.

Francisco tinha falado de modo cortês, engolindo sua ojeriza pelo interlocutor. O prof. Zé Tosta saltou da sege, com seu guarda-chuva... Sim, ele tinha um guarda-chuva. Ele só queria humilhar Francisco que, ao ver o professor protegido, retornou ao seu posto. Eis que, de modo histérico, penetrou no saguão da faculdade, dirigiu-se ao balcão onde estava o porteiro e, com o dedo em riste, berrou: “Seu *preto imbecil!* Me obedeça! Eu sou um professor catedrático e você está aqui é para me servir!”

Disse aquilo e, com uma meia-volta histriônica, subiu as escadas em direção à sala dos lentes. Nem ouviu a resposta do ofendido:

— Não, professor. Eu estou aqui pra servir a todos dentro das minhas obrigações. E não é minha obrigação, ir debaixo de chuva, sem proteção, retirar a corrente.

Francisco estava quase descontrolado, mas lembrou-se da esposa e do filho pequeno. Ele sabia que corria o risco de perder o emprego, se ele dissesse tudo que lhe veio à mente diante daquela agressão. Nas conversas dos funcionários e alunos, o prof. Zé Tosta tinha um apelido chulo e picaresco, obtido por uma simples troca de consoante. Ao ouvir o epíteto, Juliano riu intimamente e pensou que, às vezes, uma expressão rude tem a precisão que falta ao comentário erudito.

Negro não se nasce, torna-se. Ali estavam, acima das diferenças sociais, três negros examinando um episódio de racismo. Mas o que Juliano não imaginava, é que o pior ainda estava por vir.

Era sempre Saturnino, com sua paciência burilada pela maturidade, que retomava o curso do discurso:

— Francisco, conte até o fim...

— Professor, desculpe se eu me excedi. Juliano fez um gesto tranquilizando-o, então ele retomou a narrativa:

— Quando o prof. Tosta subiu as escadas, e só depois eu vim a saber, ele foi à sala do diretor e colocou nos seguintes termos: ou aquele porteirinho de *merda* sai ou eu não ensino mais aqui. É claro que, nessas horas, sempre sobra pr’os pequenos... aí, eu fui transferido como servente de 2ª classe para o serviço da faculdade lá no Santa Izabel.

— O réu se fez de vítima e a vítima acabou punida, disse Juliano refletindo em voz alta.

— Mestre, o que mais me doeu foi quando, umas três horas depois, na saída, ele passou junto ao nosso posto e, com um riso ruim, disse:

— Você não perde por esperar, seu preto incompreendido!... sua *banana* vem aí!

Juliano Moreira, que conhecia esse riso sardônico, ficou indignado. Saturnino se comprometeu a testemunhar. Ele, juntamente com Aparício, o outro porteiro, eles tinham ouvido esse último comentário racista. O curioso era que o agressor tinha traços negroides bem evidentes, sugerindo um caso típico de formação reativa.

O jovem alienista, que era um homem de ação, conseguiu convencer o velho Tillemont Fontes, muito acomodado, a ajudá-lo na apuração dos fatos. Diante da solicitação do catedrático de Psiquiatria, a maioria da congregação, mesmo constrangida, deu poderes ao diretor para constituir uma comissão de “alto nível”, a fim de esclarecer o episódio.

Com medo de um escândalo, pois conhecia a força de Juliano na imprensa e na Sociedade de Medicina, o diretor nomeou os membros da comissão, garantindo a sua maioria com duas indicações. Professor Fontes, no entanto, conseguiu que Juliano fizesse parte da comissão, como seu terceiro membro. Apesar de estar em minoria, com seu brilho argumentativo, o professor substituto de Psiquiatria conseguiu, ao menos, uma repreensão sigilosa ao prof. Tosta.

Esse relatório sumiu dos anais da faculdade. O incêndio de 1905 no prédio da egrégia faculdade foi desculpa para que muitos documentos fossem incinerados...

Dois anos antes, convidado pelo ministro do interior do governo Rodrigues Alves – o baiano J. J. Seabra –, Juliano tinha ido para o Rio de Janeiro e lá ficou, por quase 30 anos, liderando a Psiquiatria brasileira, sendo responsável pela formação dos seus mais importantes quadros. O bedel Saturnino se aposentou e Francisco se mudou com a família para o interior do estado. É uma pena, mas naquela época não existia o movimento negro organizado...

\*\*\*

Em 1996, um século depois do célebre concurso, um Psiquiatra baiano, fazendo uma pesquisa sobre a obra de Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, teve acesso a uma pasta de manuscritos do mestre. Entre os documentos, tinha um maço de papéis organizados, onde ele narrava o drama de Francisco e a violência do prof. José Tosta. Ele intitulou os escritos de “O Verme” e começava assim seu estudo helmintológico: “Branco, com traços negróides, roliço e nauseabundo...”

\*\*\*

Este texto – O Sábio e o Verme – foi premiado no concurso “Memorial – a face pitoresca da Faculdade de Medicina da Bahia”, promovido pela Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Bahia, em 1999. Deveria ser feito um livro com todos os trabalhos premiados, mas como esta publicação não saiu,

o autor, que aguardou por três anos a edição da Associação dos Antigos Alunos, aceitou o convite da Òmnira e publicou na coletânea com o sugestivo título de *Bahia de todos em contos* (2002).



**Figura 2** – Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Terreiro de Jesus, antigo Colégio dos Jesuítas e também Hospital Real  
Fonte: *Bahia Illustrada* (1917).

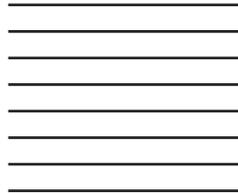
A partir de 1833, o Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia ficou instalado nas dependências da FMB até 1893, quando foi inaugurado o Hospital Santa Izabel, em Nazaré.

## REFERÊNCIA

BAHIA ILLUSTRADA. Salvador: [s. n.], v. 1, n. 1, dez. 1917.

ODA, Ana Maria G. Raimundo; PICCININI, Walmor; DALGALARRONDO, Paulo. Juliano Moreira (1873-1933): Founder of Scientific Psychiatry in Brasil. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v. 162, n. 4, p. 666, Apr. 2005.





## **SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)**

### **Adelmir de Souza Machado**

Professor doutor associado do Departamento de Biomorfologia do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [adelmirm@gmail.com](mailto:adelmirm@gmail.com)

### **Adriele Conceição de Castro**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: [adriele.castro@ufba.br](mailto:adriele.castro@ufba.br)

### **Alan José Alcântara de Figueiredo Júnior**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [alan.jose@ufba.br](mailto:alan.jose@ufba.br)

### **Alanna Santos dos Reis**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [alannar@ufba.br](mailto:alannar@ufba.br)

### **Alef Amorim Moniz**

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: [alefmoniz@gmail.com](mailto:alefmoniz@gmail.com)

**Almira Maria Vinhaes Dantas**

Médica formada pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Pediatria. Professora aposentada de Fisiologia do Departamento de Biorregulação do Instituto de Ciências da Saúde (ICS/UFBA).

E-mail: almira.dantas@yahoo.com.br

**Amanda Antunes Alves**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: amanda.antunes@ufba.br

**Amanda Lis Carneiro Patas da Cunha**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: amanda.lis@ufba.br

**Ana Carla dos Santos Costa**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: anacsc@ufba.br

**Ana Lúcia Albano**

Bibliotecária da Bibliotheca Gonçalo Moniz (BGM) na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Membro do Grupo de Estudos Interdisciplinares da Raridade Documental (GEIRD).

E-mail: anaalbano@ufba.br

**Ana Paula Meira Gomes de Carvalho**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: anapaulameiragcarvalho@gmail.com

**Andherson Stéphanes Barberino Damasceno**

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: asthepheson@hotmail.com

**André Teixeira Jacobina**

Historiador pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em História Social (PPG em

História/UFBA). Doutor em Saúde Pública (PPG em Saúde Coletiva) pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA).  
E-mail: andretj@terra.com.br

**Antônio Carlos Nogueira Britto**

Professor honorário da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Dirigente do Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins (IBHMCA).

**Beatriz Malaquias Neves**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: beatriz.malaquias@ufba.br

**Bruna Rodrigues Machado**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).  
E-mail: bruna.rodrigues@ufba.br

**Bruno Carneiro Pinto**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: brunocp@ufba.br

**Camila Miyashiro**

Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: camilamiyashiro2@gmail.com

**Carolina Oliveira Lima Ferreira**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).  
E-mail: carolinal@ufba.br

**Carolina Pereira de Lima**

Bacharela em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB).  
Mestra em Psicologia Aplicada pela Dublin Business School.  
E-mail: carolinapereli@gmail.com

**Celeste da Silva Santos**

Especialista em Gestão Social pela Universidade Norte do Paraná (Unopar).  
Bacharela em Museologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
Licenciada em Pedagogia pela Universidade Salvador (Unifacs). Técnica admi-

nistrativa em educação do Memorial da Medicina da Bahia (MMB) na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: celeste.santos@ufba.br

**Ceuci de Lima Xavier Nunes**

Infectologista. Doutora em Medicina Interna pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Diretora do Hospital Couto Maia. Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina.

E-mail: icom.diretoria@saude.ba.gov.br

**Cristiano da Hora Cajado**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: cristiano.cajado@ufba.br

**Daiane da Silva Pinto**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: daianesilvaufba@gmail.com

**Débora Jamile Pereira da Silva**

Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: debora.jamile@ufba.br

**Diego de Oliveira Souza**

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: diegoos@ufba.br

**Eduardo José Borges Farias dos Reis**

Professor titular de Medicina Preventiva e Social. Doutor em Medicina e Saúde pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Médico do Trabalho pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

E-mail: eduardofreis@uol.com.br

**Felipe Asaf Borges Millard**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: felipemillard@gmail.com

**Felipe Barbosa Araújo**

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: araujolipe13@gmail.com

**Fernando Jorge Nascimento Santos Junior**

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: fernandufba@gmail.com

**Gabriela Silva Mota**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: gabimota1@gmail.com

**Giovanna Harzer Santana**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: giovanna.harzer@ufba.br

**Giulia Engel Accorsi**

Doutora em História das Ciências e da Saúde (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

E-mail: gengelaccorsi@gmail.com

**Hêider Aurélio Pinto**

Médico. Mestre em Saúde Coletiva. Doutor em Políticas Públicas. Professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB).

E-mail: heider.pinto@ufba.br

**Isabel Brito de Lima Araújo**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: isabelbla@ufba.br

**Isabela Salzedas Vilela**

Graduanda de Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: isabela.vilela@ufba.br

**Ivanildes Silva de Souza**

Graduada em Arquivologia. Assistente em Administração. Exerce suas atividades no Arquivo Histórico Anselmo Pires de Albuquerque (AHAPA) da Faculdade de

Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: ivanildes.souza@ufba.br

**Izabelle Rocha Pontes**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: izabelle.rocha@ufba.br

**Jamile Valença Resende Mercês**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: jamilevrm@ufba.br

**Janaína Ibele Carvalho Gomes**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: janaina.ibeles@ufba.br

**Jardel Carvalho dos Santos Lima**

Bacharel Interdisciplinar em Humanidades pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduando em Psicologia pela UFBA.

E-mail: jardel.carvalho@ufba.br

**João Vitor Cavalcante Aleixo**

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: joao.aleixo@ufba.br

**José Gabriel Sampaio Sales Filho**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: jose.sales@ufba.br

**José William Oliveira dos Santos Justa**

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: jose.william@ufba.br

**Júlia Spínola Ávila**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: julia.savilaa@gmail.com

**Juliana Martins do Nascimento**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: julina.martins@ufba.br

**Juliane Bispo de Oliveira**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: jjulianebispo@gmail.com

**Kátia Cardoso da Silva**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: katia.cardoso@ufba.br

**Laís Marion Soares Bastos**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: laismarion27@gmail.com

**Laisse Antonia Cardoso Souza**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: laisse.antonio@ufba.br

**Larissa Ohana Santos Rodrigues de Araújo**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: larissa.ohana@ufba.br

**Laura Soares Gandra**

Bacharela em Serviço Social pela União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime). Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: lagandra@hotmail.com

**Leila Cristina da Silva Costa**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: leila.cristina@ufba.br

**Leticia Silveira Vasconcelos**

Bacharela em Psicologia. Mestre e doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: leticiasvasconcelos@gmail.com

**Lhais Rodrigues Gonçalves**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: rodrigueslhais@gmail.com

**Lincoln Aramaiko**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: aramaiko@gmail.com

**Lorena Lima Almeida**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: lorenala@ufba.br

**Lorene Louise Silva Pinto**

Foi a primeira mulher no cargo de diretora em 203 anos de existência da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Médica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) desde 1983, chegou a ocupar a pasta de superintendente estadual de Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde em 2007.

**Luana Araujo Passos**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: luana.passos@ufba.br

**Lucas dos Santos Andrade**

Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: lucasandrade@ufba.br

**Lucas Oliveira Senna**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: lucas.senna@ufba.br

**Luciana Santos Arruda**

Bacharela em Serviço Social. Especialista em Política de Habitação e Direito à Cidade e mestre em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: lucianaarruda@ufba.br

**Luciene Sousa Santos**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: Santos.Luciene@ufba.br

**Marcos da Costa Silva**

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: marcoscs@ufba.br

**Maria Auxiliadora Santos Haanwinckel**

Médica formada pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Fisiologia e doutora em Medicina Interna pela Universidade de São Paulo (USP). Professora titular de Fisiologia do Departamento de Biorregulação do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da UFBA.  
E-mail: dorahane@ufba.br

**Maria Carolina Paraiso Lopes**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: maria.paraiso@ufba.br

**Maria Eduarda Messias Vassoler**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: maria.vassoler@ufba.br

**Maria Vitória Mascarenhas Silva**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).  
E-mail: maria.mascarenhas@ufba.br

**Mariana Moura Costa**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: marianamc@ufba.br

**Marion Alves do Nascimento**

Professora doutora adjunta do Departamento de Biomorfologia do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: fisioalves@hotmail.com

**Mariralcia dos Santos e Santos**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: mariralcia.santos@ufba.br

**Matheus Honorato dos Santos Oliveira**

Graduando do Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: matheus.honorato@ufba.br

**Mayara Priscilla de Jesus dos Santos**

Graduada em História pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestra em História Social pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (UFBA). Doutoranda em História Social pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

E-mail: m235101@dac.unicamp

**Mônica de Almeida Pereira**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: almeidabhi@gmail.com

**Naiara Fonseca de Souza**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: fonsecanaiara0@gmail.com

**Natália Contreiras Calazans**

Médica residente de Pediatria do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES).

E-mail: nataliacontreiras@gmail.com

**Natanael da Silva de Carvalho**

Bacharel em Segurança Pública e Defesa Social pela Academia de Polícia Militar da Bahia. Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: natanael.carvalho@ufba.br

**Rafael Costa Sarno Neves**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: rafacs101@gmail.com

**Rafael Marques Pereira**

Graduando em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: rafaeldente@hotmail.com

**Rafaela Assis de Araújo Sales**

Bacharela em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB). Especialista em Saúde Mental pela Universidade Católica do Salvador (Ucsal).

E-mail: assis.rafaela1@gmail.com

**Rita de Cássia Fagundes Gonzales**

Bacharela em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

E-mail: rigonzales@uol.com.br

**Ritta Maria Moraes Correia Mota**

Mestra em Museologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Licenciada em História pelo Centro Universitário Jorge Amado (Unijorge). Técnica em Restauração pela Fundação de Arte de Ouro Preto (FAOP/MG). Técnica em Assuntos Educacionais no Memorial da Medicina Brasileira (MMB) na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: ritta.maria@ufba.br

**Ronaldo Ribeiro Jacobina**

Professor titular de Medicina Preventiva e Social (PROPAP). Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). 18º presidente da Associação Bahiana de Medicina.

E-mail: rrjacobina@gmail.com

**Rosa Maria Guimarães de Almeida Calado**

Tecnóloga em Gestão de Saúde Pública pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (Uniassevi). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: rosamgac@gmail.com

**Silvio Fraga da Silva**

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: silvio.fraga@yahoo.com.br

**Silvio Romero da Silva Larangeira Junior**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: silvio.larangeira@ufba.br

**Stefani Paiva de Santana**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: stefani.paiva@ufba.br

**Taynara de Oliveira Pereira**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: taynara.oliveira@ufba.br

**Telma Sumie Masuko**

Professora doutora associada do Departamento de Biomorfologia do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: tsmasuko@uol.com.br; tsmasuko@ufba.br

**Thayná de Cássia Santos Lopes**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: lopesthayn@yahoo.com.br

**Thiago Fonseca Geanizelle Figueiredo**

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: tthiagofonseca@gmail.com

**Thiale de Souza Rios**

Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: thiale.rios@ufba.br

**Vanessa Catarine da Silva Matos**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: vanessa.catarine@ufba.br

**Vinicius Pereira de Carvalho**

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).

E-mail: [vinicar100@hotmail.com](mailto:vinicar100@hotmail.com)

**Werikson Roberths de Jesus Reis**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [werikson.reis@ufba.br](mailto:werikson.reis@ufba.br)

Formato: 19,5 x 27 cm

Fontes: Tiempos Text e Barlow

Miolo: Papel Alta Alvura 75 g/m<sup>2</sup>

Capa: Cartão Supremo 300 g/m<sup>2</sup>

Impressão: Gráfica 3

Tiragem: 300 exemplares

O presente livro vem com o diferencial de trazer a experiência da sala de aula em uma produção para o ramo da história da Medicina, sendo uma colaboração intensa entre discentes, docentes e colaboradores(as) da universidade, primando pelo valor científico e registro da atuação nacional da Medicina, mas com o foco no estado da Bahia e, principalmente, nos componentes que se traduzem na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), a primeira do Brasil.

