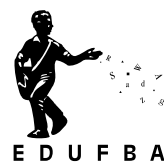




# HISTÓRIA DA MEDICINA

História das especialidades  
médicas clínicas

Ronaldo Ribeiro Jacobina  
Eduardo José Farias Borges dos Reis  
Lorene Louise Silva Pinto  
Danielle Camargo Nunes Santos  
Karina Gazzoni Serafim  
Maria Carolina Paraiso Lopes  
Rafael Zieglitz Santos  
Organizadores



Volume 2

# **HISTÓRIA DA MEDICINA**

História das especialidades  
médicas clínicas

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**

História das especialidades  
médicas clínicas

Ronaldo Ribeiro Jacobina  
Eduardo José Farias Borges dos Reis  
Lorene Louise Silva Pinto  
Danielle Camargo Nunes Santos  
Karina Gazzoni Serafim  
Maria Carolina Paraiso Lopes  
Rafael Zieglitz Santos  
Organizadores

**Volume 2**

Salvador  
Edufba  
2022



2022, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba.

Feito o Depósito Legal.

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

Analista editorial: *Mariana Rios*

Coordenação gráfica: *Edson Sales*

Coordenação de produção: *Gabriela Nascimento*

Capa e projeto gráfico: *Gabriela Nascimento*

Editoração e Arte-final: *Gabriel Cayres*

Ilustração da capa: *Eunara de Queiroz*

Revisão: *Aline Silva Santos*

Normalização: *Maíra de Souza Lima*

Sistema Universitário de Bibliotecas – UFBA

---

H673 História da medicina : história das especialidades médicas clínicas / Ronaldo Ribeiro

Jacobina ... [et al.], organizadores. – Salvador : EDUFBA, 2022.

556 p. : il. – (História da medicina ; v. 2)

ISBN: 978-65-5630-405-2

1. Medicina – Bahia – História. 2. Medicina – Especialidades e especialistas – Bahia – História. I. Jacobina, Ronaldo Ribeiro. 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

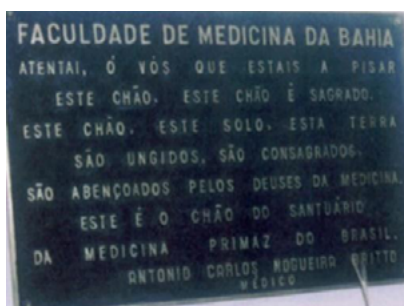
## DEDICATÓRIA COM AGRADECIMENTO

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, está 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.

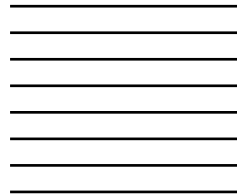
1 Ver em: <http://www.fameb.ufba.br/content/nota-de-pesar-prof-antonio-carlos-nogueira-britto>.

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

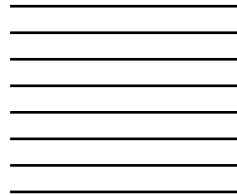
<b>11</b>	<b>Prefácio</b>
<b>15</b>	<b>Apresentação</b>
<b>27</b>	<b>Introdução</b>
<b>33</b>	<b>História da Neurologia</b> Bruno Felipe Santos de Oliveira, Catarina Secundino Tavares de Araújo, Gabriel Praxedes Freire, Gabriel Sousa Suzart, Juliana de Alencar Fontes, Luiz Filippe Vago Pereira e Pedro Antônio Pereira de Jesus
<b>61</b>	<b>História da Oncologia</b> Cléssia Regina Santana da Encarnação, Amanda dos Santos de Almeida, Carolyne Sampaio Santiago Galindo Galvão de Moura, Diego Lopes Paim Miranda e Jackson Teixeira Santos
<b>83</b>	<b>A história da Endocrinologia na Bahia</b> Jair de Souza Braga Filho, Gabriela Flor Martins, Paula Dourado Sousa, Rafaela Góes Bispo, Isabela Lôbo Duarte, Robson Santos dos Santos, João Manuel Queiroz Santos e Laís Gomes Santana Silva

- 111**      **História da Clínica Médica**  
Bruna Santos Moura, Danielle Camargo Nunes Santos, Fernanda Hora Gomes de Sá,  
Júlia Barreto de Farias, Lucas Edington de Oliveira Carneiro  
e Mylena Cerqueira Pinheiro
- 133**      **História da Infectologia**  
Victor Oliveira Rocha, Igor Radel Ribeiro, Izabel Macêdo da Silva Neta,  
Hagar Senhorinha de Almeida Maturino, Lara Moraes Torres, Pedro Paulo  
Cordeiro Moura de Morais, Vitória Rodriguez de Palmela Barroso Aguiar  
e Aurea Angelica Paste
- 165**      **História da Imunologia: ciência crucial frente à necessidade de estudar  
e fortalecer a defesa do organismo**  
Yanna Maria Carneiro de Afonso, Ana Helena Silva Ferreira, Carla Beatriz Souza  
de Oliveira, Lafaiete Ferreira Costa, Balbino Lino dos Santos, Robson da Silva  
Avelino e Joanemile Pacheco de Figueiredo
- 191**      **História da Gastroenterologia**  
Ana Vitória Gordiano Carneiro, Catherine Conceição Martinez Garcia,  
Flávia Goreth da Silva Almeida, João Felipe Vasconcelos Anjos, Maria de Lourdes  
Brandão Mascarenhas, Marlon Ribeiro de Almeida Andrade, Natália Ribeiro da  
Hora e Lívia Dórea Dantas Fernandes
- 217**      **História da Cardiologia**  
Bianca Aparecida Colognese, Bruno Bonfim da Silveira, Jôbert Pôrto Florêncio,  
Letícia Agnes de Araújo Lopes, Samille Santos Oliveira, Taís Sousa Macêdo  
e Vitor Queiroz de Castro Souza
- 243**      **História da Nefrologia**  
Camila Silva Bastos, Gabriel Martins Nogueira, Gabriel Souza Suzart,  
Mariana Camelier Mascarenhas, Maria Luisa Passos Evangelista  
e Moisés Santana Oliveira
- 267**      **História da Psiquiatria**  
Nestor Carvalho Suzart, Adrielle Christine Silva Damasceno, Alana dos Santos  
Brito, Daniel Henrique Lins-Silva, Érica Vieira Alcântara, Isabella Ferreira Dias,  
Pedro R. F. Resende, Thiago Aguiar Jesuino e Ronaldo Ribeiro Jacobina
- 299**      **História da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador na Bahia**  
Karina Gazzoni Serafim, Paulo Gilvane Lopes Pena, Eduardo José Farias Borges  
dos Reis, Alef Amorim Moniz, Francisco Henrique Rosa Maia,  
Isadora Lima Mesquita e Jeane Brito Falcão
- 333**      **História da Medicina Tropical**  
Antonio Wanderson Vieira Gois, Elvis Paim Ferreira,  
Giovanna Harzer Santana e João Pedro Assunção

- 359**      **História da Dermatologia**  
Ana Beatriz Rodrigues de Lira, Catarina Chaves Martins,  
Hortênsia Moraes dos Reis, Mônica Andressa da Silva de Freitas,  
Pedro Sammuel Mota Souza, Tamires Cardoso de Castro Dourado  
e Yasmin Viana Guimarães Reis
- 383**      **História da Geriatria**  
Sabrina Schmitz Medeiros, Felipe Pinheiro Reis, Filipe Azevedo Gomes dos Santos,  
Karina Gazzoni Serafim, Lorenzo de Andrade Rosemberg Mendes,  
Roberta Clere da Silva Santana, Sandrine Cordeiro Miranda  
e Manuela Oliveira de Cerqueira Magalhães
- 409**      **História da Pediatria**  
Larissa Neves da Paz, Raquel Rebouças Paiva, Karoene Santos Azevedo,  
Camila Osterne Muniz, Talita Tourinho Barbosa Martins  
e Gardênia Ellen Almeida de Amorim  
Ilustrações: Ana Beatriz Gouveia
- 437**      **História da Homeopatia**  
Caroline Lopez Fidalgo, Daiane da Silva Pinto, Estevão Toffoli Rodrigues,  
Jacineide Pêpe França, Mariana Souza Santos Oliveira e Sumaia Boaventura André
- 455**      **História da Medicina Natural na Bahia**  
Brena Cerqueira Torres, Eduardo José Farias Borges dos Reis, Fernanda Lima  
Costa, Francipaulo Lemos de Aragão Brito, Gabriel Leitão de Souza dos Santos,  
Julia Akemi Rodrigues Tomo, Luanna Silva Sande e Jarbas Carneiro Mota
- 487**      **História da Acupuntura**  
Anamélia Lins e Silva Franco, Bernardo de Oliveira Torres, Lilian Carneiro  
de Carvalho, Renata Roseghini e Valdir dos Santos Junior
- 515**      **História da Ginecologia e Obstetrícia**  
Ana Beatriz Chaves dos Anjos, Cárita Victória Carvalho de Santana,  
Ana Beatriz Cazé Cerón, David Gallo Roiter, Luiz Fillipe Vago Pereira,  
Isabella Reis Vieira e Édson O'Dwyer Junior
- 541**      **Sobre os(as) autores(as)**







## PREFÁCIO

*Ronaldo Ribeiro Jacobina*

Professor titular de Medicina Preventiva e Social FMB-UFBA

Responsável pela criação da atual disciplina História da Medicina na FMB-UFBA

Este livro, volume 2 da série História da Medicina, como o anterior e os outros da série, enfatiza a descrição e análise dos acontecimentos, personagens, fatos e feitos na Medicina, com destaque para a Medicina baiana e, sempre que possível, a Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Os volumes desta coleção são um convite a uma viagem no tempo e no espaço, pois os acontecimentos ocorrem sempre num determinado momento e lugar.

A atual disciplina História da Medicina, que inspirou esta série de livros, com forte inspiração didática, foi criada em 2013 e entende a História como a ciência que busca conhecer o passado, para compreender o presente e nos orienta a escolher as lutas que merecem ser travadas para que possamos construir o futuro de

um mundo socialmente igual e justo, humanamente diferente e verdadeiramente livre, como nos ensinou Rosa Luxemburgo.

Com leituras de documentos, bem como entrevistas com estudiosos ou mesmo testemunhos de personagens vivos, a série inicial – com quatro volumes – procura iluminar a história das especialidades médicas e de campos afins, com ênfase no Brasil e, sobretudo, na Bahia. Neste primeiro momento temos também um quinto volume, a *Memória Histórica do Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia* (2008), com dados do terceiro de uma série de três volumes deste documento apresentado à congregação por este prefaciador, como parte das comemorações em 18 de fevereiro de 2008, data do bicentenário da escola *mater* da Medicina brasileira.

Este segundo volume possui 19 capítulos e tem uma média de mais de cinco autores por capítulo, sendo que aquele que tem menos foi escrito por quatro. Por outro lado, temos um capítulo com nove participantes. A autoria deste volume é de 129 pessoas, sendo 11 professores da UFBA, 9 da FMB – 5 do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), 3 do Departamento de Saúde da Família (DSF) e 1 do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (DGO) –, 1 do Instituto de Ciência da Saúde (ICS) e um do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC). Foram 113 estudantes de graduação, sendo 91 da UFBA (88 da FMB, 2 do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e 1 do Instituto de Ciência da Saúde); 1 da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB); 10 da Escola de Medicina e Saúde Pública (EMSP), 5 da Faculdade Tecnologia e Ciências (FTC), 5 da Universidade Salvador (Unifacs) e um da União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime). Tivemos também a participação de 5 profissionais com pós-graduação *stricto sensu* (doutorado e mestrado em Medicina e Saúde; Medicina do Trabalho etc.) e 1 pós-graduação *lato sensu* (Residência na Universidade de Iguazu).

Como se pode verificar, foi uma obra coletiva, com participação de departamentos de várias unidades de universidades públicas (DMPS, DSF e DGO da FMB; ICS e IHAC da UFBA, mas também da UFRB) e de faculdades de Medicina privadas (EBMSP, FTC, Unifacs, Unime), sobretudo com estudantes e professores que atuam nas ligas acadêmicas, muitas delas que aceitam a presença sem discriminação das instituições públicas e privadas.

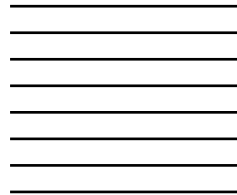
É um exemplar volumoso, que abrange desde o grande campo da Clínica Médica em geral e de muitas especialidades médicas (clínicas e sociais), voltadas para: sistemas e órgãos – Psiquiatria, Neurologia, Endocrinologia, Imunologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Dermatologia; grupos etários – Pediatria e Geriatria (ficamos em dívida com a Hebiatra); sexo/gênero – Ginecologia, Obstetrícia; conjuntos de doenças que afetam múltiplos órgãos – Infectologia e Oncologia; agravos e doenças relacionadas ao lugar social ou climático – Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador, Medicina Tropical;

e de práticas alternativas ou não hegemônicas – Acupuntura, Homeopatia e Medicina Natural. Outros campos e saberes, como a Genética, por exemplo, e as outras especialidades clínicas, bem como as cirúrgicas serão apresentadas nos outros volumes.

Escrito para ser lido também por estudiosos, mas tem como objetivo principal de ser um livro didático, com uma leitura agradável, as vezes articulando com a literatura em prosa e mesmo em poesia, para ser uma fonte de saber com sabor!

Desse modo, convido o(a) leitor(a): vamos à leitura! No meu caso, a mais uma prazerosa releitura!





## **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 à disciplina. No decorrer do tempo, foi surgindo a necessidade de enfatizar naquele componente a riquíssima história da Medicina baiana, com os seus acervos, fatos, relatos, contos, histórias e estórias. Um mosaico tentador e, mais que isso, fundamental documentar e divulgar. Mas onde encontrar tal material didático? Imperioso descobrir e construir esse caminho para quem pretende ministrar e expandir um curso decente de História da Medicina, com ênfase na Bahia.

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

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

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

E se contassem com os parceiros de sempre? De onde mesmo? Do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS)? Mesmo sendo o componente História da Medicina pertencente ao DMPS, sabemos a diversidade de questões e tarefas acadêmicas labutadas pelos nossos queridos docentes no campo amplo que é a Saúde Pública. A História da Medicina pode ser considerada pertencente ao campo da Saúde Pública, todavia possui uma especificidade profunda, quase se tornando

autônomo daquele campo de saberes e práticas. Além do mais, como citado, o nosso departamento tem a responsabilidade por mais de dez componentes obrigatórios, na graduação e na pós-graduação, em que todos os seus membros são obrigados a ministrar. Certamente não caberia tornar obrigatória essa construção para os membros do DMPS ao tempo em que seria importante envolver outros docentes da FMB.

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

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

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

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

Este projeto de construir um livro didático, contando, inicialmente, com a participação de dois professores e de alguns alunos (monitores e dos que estavam cursando ou cursaram o componente), e pela tradição democrática do departamento, de imediato, 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 do livro juntamente com aqueles dois professores.

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

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

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

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

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

Os temas foram se ampliando, mas mantido a intenção de caberem dentro dos interesses do componente curricular História da Medicina, sempre como ênfase na Bahia, como temos repetido. Temas relacionados à FMB já tinham se estendido, para a história da faculdade, do ensino de Medicina, do protagonismo estudantil, do negro, do feminino. A Genética e as vacinas se abaianaram e tomaram um novo rumo para o livro. A História da Medicina do Trabalho também se abaianou,

com ênfase agora nos problemas ocupacionais advindos da instalação do Polo Petroquímico de Camaçari. A Medicina na escravidão não se 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. 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 acontecer naquela altura do campeonato. Ela, a partir da vasta experiência de coordenar por anos, a *Revista Baiana de Saúde Pública*, ao se debruçar com o material do livro, se encantou e deslumbrou que este poderia se transformar em outras, de forma

temática, no mínimo mais dois ou três ou quatro livros, em vez de um. Ficamos assustados, mas depois do susto achávamos que, infelizmente ou felizmente, 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 à 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 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, vinda das três ligas. Além disso, os 700 estudantes da faculdade que ficaram de foram 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 eram 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 Faculdade; o segundo, Especialidades Clínicas; o terceiro, Cirurgias e Clínicas de Apoio Diagnóstico; 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 já 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. 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:<sup>1</sup> professores e/ou alunos? Preferíamos 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 professora Flávia Goulart Rosa, diretora da Edufba, para dialogar sobre a mudança do projeto, sua viabilidade, o custo e a forma de financiamento deste.

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

## **ASSEMBLEIA GERAL DOS AUTORES E CAPACITAÇÕES**

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

---

1 Os coordenadores por livro foram:

Livro 1: Eduardo Borges dos Reis, Ronaldo Jacobina, Giulia Accorsi, Lorene Louise, Rosa Calado, Thais Carmona e Silvio Romero

Livro 2: Ronaldo Jacobina, Eduardo Borges dos Reis, Lorene Louise, Danielle Camargo, Isabel Brito, Karina Gazonni, Maria Carolina Paraiso e Rafael Zieglitz

Livro 3: Lorene Louise, Eduardo Borges dos Reis, Ronaldo Jacobina, Felipe Cordeiro, Jamile Valença e Claudia Cunha

Livro 4: Giulia Accorsi, Eduardo Borges dos Reis, Ronaldo Jacobina, Lorene Louise, Rosa Calado e Silvio Romero.

reuniões para atualizar as equipes de produção dos capítulos sobre os prazos, sobre o funcionamento da confecção dos capítulos e tirar as dúvidas que surgiram.

Pelo grande número de participantes nas nossas reuniões, muito bem poderíamos nos remeter à semelhança de uma assembleia geral dos autores dos livros. Com o advento da pandemia, aconteceu a necessidade no mundo de avançamos nas plataformas digitais de reuniões virtuais, propiciando uma expansão qualitativa e quantitativa nunca vista. Na nossa experiência exitosa, sentimos uma sensação maior de pertencimento, não só numericamente, mas na organização, na qualidade da participação e nas intervenções. A primeira reunião geral com os autores, realizada em 14 de dezembro de 2020, foi importante por diversos motivos. O primeiro deles, talvez não tão pragmático, mas de grandiosa importância, funcionando principalmente no campo simbólico como a pedra fundamental do projeto de livros sobre a História da Medicina. O segundo motivo foi apresentar a primeira versão do documento *Estrutura do Livro* – que se tornou *Estrutura da Série de Livros História da Medicina* assim que o projeto foi ampliado de um volume para uma série de livros. Esse documento contém o eixo central e os objetivos do livro, bem como orientações gerais, normas de publicação e as responsabilidades dos autores. Essa primeira reunião contou com os coordenadores e autores do primeiro livro, e também os professores envolvidos. Em seguida ocorreu a primeira capacitação dos autores com a dra. Giulia Accorsi e a bibliotecária da FMB, Ana Lúcia Albano, que palestraram e tiraram dúvidas referentes à metodologia de busca em fontes históricas e escrita de texto histórico. Devido ao curso da pandemia de covid-19 – na época a vacinação ainda não havia começado no Brasil –, o local desses eventos foi na plataforma digital, totalizando mais de 100 pessoas. Ela foi gravada e serviu de material para os autores dos capítulos novos, após a expansão do projeto para a série de livros.

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

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

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

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

Entre os desafios enfrentados para a produção e execução de um projeto na área da educação está o financiamento. Nesse projeto de livros da História da Medicina, isso não foi diferente. Foi ainda agravado por uma complexa conjuntura de crise sanitária, política, econômica e social com redução de investimentos na educação. Os cortes nos recursos da educação afetaram diversos projetos, pesquisas, bolsas e até mesmo manutenção predial básica das instalações da universidade. Uma alternativa para o financiamento desse projeto dos livros, levantada durante reunião dos coordenadores, foi a de financiamento coletivo (também chamada de “vaquinha digital” ou *crowdfunding*). Essa alternativa, que está crescendo cada vez mais, principalmente em projetos artísticos, culturais e sociais, consiste na arrecadação de recursos financeiros cedidos por pessoas interessadas e que desejam apoiar o projeto, não pode 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, horizontal, foi bem-informada e respondeu esplendorosamente aos convites.

Diante da primeira experiência, quando estávamos fazendo um só livro, com 32 capítulos, aprendemos que era imprescindível delimitar um número máximo de participantes estudantis, para assegurar de fato o trabalho harmonioso e responsável de confecção de cada texto. Decidimos que capítulos não associados às ligas, teriam no máximo sete estudantes; quando envolvia ligas acadêmicas, adotamos o critério de permitir também sete estudantes, mas sendo cinco da liga e os outros dois seriam convidados a participar da escrita, e eles não estariam fazendo parte da liga, incentivando que pelo menos um fosse do primeiro ou do segundo semestre, e o outro, sem acesso a um projeto de pesquisa ou sem publicação até aquele momento. Seria nossa “política de cotas”, buscando um acolhimento dos mais jovens ingressantes na faculdade e dos que tinham menos chances ou oportunidades acadêmicas. Lembramos que essa orientação explanada teve flexibilizações quando avaliávamos os casos relatados pelos grupos. Abrimos também para participação de alunos de outras faculdades de Medicina, que estavam inseridos na liga da nossa instituição. Entretanto, ao limitar o número máximo de alunos, com estes critérios, temos consciência que vários alunos ficaram de fora, mesmo com muito desejo de se engajarem no projeto. Mas era impossível, humana, acadêmica e pedagogicamente contemplar a totalidade dos interessados. Mesmo assim, foram contemplados mais de 360 alunos, com o total de 391 autores.

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

Uma das coisas bonitas desse projeto foi o acesso dos estudantes aos profissionais de saúde, a maioria médicos. Com 77 capítulos por fazer sobre a História da Medicina, a maioria deles precisava, e foi por nós 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.

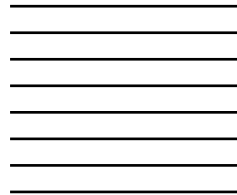
Essa mobilização, como vimos, proporcionou aos estudantes um imensurável processo de aprendizagem na arte de escrever, nos padrões acadêmicos e literários, incentivando sempre, a liberdade da escrita, a criatividade, a forma individual de cada grupo por capítulo de se expressar e contar uma história, 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 processo, do caminhar para atingir a meta, e sem alarde, inconfessavelmente, torcíamos mais pelo caminhar.

E tudo isso, querido leitor, sob um manto terrível de dor, proporcionada pela implacável pandemia de covid-19. Porém, como bem sabemos da Medicina Social, o vírus não age num ambiente estéril de relações sociais. No caso brasileiro, essas relações sociais, bem cientes conhecemos, serem imensuravelmente desiguais, injustas e revoltantes. E que piora em formas de pesadelos quando temos um governo com inação, negligência e genocida.

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

## **QUAL A POESIA PARA FECHAR ESTA APRESENTAÇÃO?**

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



## INTRODUÇÃO

O livro 2 da série de livros História da Medicina anseia a divulgação de temas que perpassam a história de especialidades e áreas médicas, engendrando foco para análises na Bahia – tendo em vista a extensa dimensão dos assuntos abordados, que não poderiam ser totalmente explorados e esgotados. A proposta da obra corrobora a ampliação desses conhecimentos para além do espaço acadêmico, ao avultar a curiosidade acerca de temáticas que tangenciam momentos insígnies e contextos marcantes da história, tendo, como um dos objetivos, alcançar um valor paradigmático, aproximando-se de diversos públicos-alvo. É importante destacar que o livro prodigaliza críticas, visões distintas, polêmicas e olhares abrangentes, buscando obliterar avaliações rasas de reflexões e idiosincrasias não questionadas, atravessando questões políticas, sociais e culturais. Portanto, a avaliação multifacetada da história de algumas especialidades médicas engendra compreensão do macrotema – História da Medicina – por ter diversos contextos

e contribuições mencionadas, ao compreender que a história não é feita de forma isolada, o que envolve relações humanas em diversos contextos cujas construções delineiam conduções temporais e espaciais interligadas.

Assim, os capítulos almejam, a partir de abordagens mais específicas, tratar de saúde de maneira integral, de sociedade, de determinantes sociais e conjunturais que foram palco dessas histórias, e de personalidades que recrudesceram avanços.

O primeiro capítulo do livro traz a especialidade da Neurologia, resgatando uma história que perpassa observações, descobertas e problemas desde a Idade Antiga – com propostas marcadas, por vezes, por misticismo, mas com expoentes na história, como Galeno – até a Idade Contemporânea, revelando as tecnologias e o percurso dessa especialidade no Brasil. O capítulo expõe olhares ampliados, incluindo nessa rica discussão questões de estigmas, de gênero, da relação médico-paciente e de outras análises que tornam a escrita rica e interessante.

O capítulo 2 aborda a especialidade da Oncologia, sob um olhar que trata das primeiras abordagens acerca do câncer – durante muito tempo visto de forma estigmatizada e terminal – e, devido à inequívoca importância, que trata da Liga Baiana Contra o Câncer, destacando o prof. Aristides Maltez – assim como faz menção a outras organizações. Ademais, o capítulo discorre sobre questões sociais e políticas, além de abordar criticamente sobre a especialidade e de fornecer acesso à entrevista com a dra. Clarissa Mathias.

O capítulo 3 se debruça no universo da especialidade Endocrinologia. As primeiras representações das endocrinopatias, o que é essa área do saber e as principais descobertas que corroboraram para o desenvolvimento da Endocrinologia são encontradas nesse capítulo. Além disso, figuras memoráveis, a introdução da Endocrinologia na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), a Endocrinologia na *Gazeta Médica da Bahia*, sociedades, centros e instituições da Endocrinologia na Bahia e a interseção da Endocrinologia baiana com a pandemia de covid-19. Para produção desse capítulo, os autores contaram com as entrevistas de: Adriana Mattos Viana, Alcina Vinhaes, Helton Estrela Ramos, Luciana Oliveira Vinhaes, Maria Marcílio Rabelo e Reine Fonseca.

O capítulo 4 fala sobre ela que é soberana: a Clínica Médica. Clínica Médica remete ao ato de inclinar-se ao leito do paciente, a arte de evitar, curar ou atenuar doenças. Foi através da Clínica Médica que tudo começou, alguns dizem que com Hipócrates na Grécia Antiga, outros que milênios antes de Cristo já havia relatos de egípcios exercendo a prática clínica. Esse capítulo revive diversas descobertas importantes para a Medicina, relatos sobre a história do exame físico, o começo das residências médicas, a história da Clínica Médica na Bahia, suas diferenças no interior e na capital, a evolução e o futuro da Clínica Médica, questionado por uma tendência atual à superespecialização. Ainda, faz uma análise sobre a atuação da

Clínica Médica no contexto da pandemia da covid-19, cenário que balançou as estruturas da Medicina e tirou todos da zona de conforto para lutar contra um mal maior.

Entendendo o enfoque clínico das doenças como algo crucial na abordagem ao paciente, o capítulo 5 traz os desdobramentos históricos que levaram ao surgimento da Infectologia como especialidade clínica no Brasil, trazendo a Medicina Tropical como base fundamental para esse processo. Nesse sentido, o capítulo aborda, sobretudo, o protagonismo baiano na história da Infectologia brasileira, com o nome de importantes figuras, suas descobertas e contribuições, e instituições de destaque, como o Instituto Couto Maia e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Bahia.

O capítulo 6, história da Imunologia, aborda a história dessa importante área do saber. Ele trata sobre a Imunologia no mundo, no Brasil, na Bahia e a importante relação da Imunologia com a pandemia, assim como os principais estudiosos e suas descobertas, sobretudo a da vacina e a importância da Imunologia para a Saúde Pública. Também traz o cenário sobre o futuro da Imunologia e seus avanços, perpassando por descobertas de tratamentos para doenças que ainda não têm terapia. Para tanto, foram realizadas pesquisas bibliográficas e entrevistas com pesquisadores baianos.

O capítulo 7 permite a imersão na história da Gastroenterologia, analisando o surgimento dessa especialidade e sua inserção no Brasil e na Bahia – tendo destaque também a FMB, destacando fatores tecnológicos que impulsionaram o crescimento, além de fazer referências a figuras importantes na condução dessa especialidade. Com conhecimentos técnicos da Gastroenterologia – além de complementar essa história com a Hepatologia –, o capítulo também traz o aspecto das doenças psicossomáticas e a relação da especialidade com o Sistema Único de Saúde (SUS).

O capítulo 8 embarca em uma rica viagem pela história da Cardiologia, revivendo marcos importantíssimos para a especialidade – desde as doenças cardiovasculares que acometiam os soldados da Primeira Guerra Mundial até a invenção do estetoscópio. As doenças cardiovasculares são as que mais matam no mundo inteiro, tendo assim a Cardiologia uma relevância incomparável. O capítulo revive a instauração do serviço de eletrocardiografia na Faculdade de Medicina de São Paulo pelo dr. Dante Pazzanese, a criação da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o primeiro ambulatório de Cardiologia fundado em Salvador, grandes nomes da Cardiologia, as mulheres na Cardiologia, a evolução do estetoscópio desde sua criação até hoje, bem como do ecocardiograma e eletrocardiograma. É uma história riquíssima que precisa ser conhecida.

O capítulo 9 aborda a Nefrologia, área responsável pelo estudo dos rins. Os rins têm a importante função de filtrar as impurezas do nosso corpo, e esses versos remontam a história desde quando esse órgão passou a despertar interesse pela

ciência. Perpassa por fatos marcantes e imprescindíveis para o desenvolvimento dessa especialidade como ela é hoje. Desde a primeira correlação entre proteinúria, edema e doença renal até a história da invenção da hemodiálise, a instauração dessa especialidade e seus grandes marcos na Bahia, o primeiro transplante renal, produções acadêmicas em Nefrologia da FMB, a forma como o paciente enxerga a doença renal, a Sociedade Brasileira de Nefrologia e, por fim, perspectivas futuras sobre a especialidade.

O capítulo 10 permite a análise de uma história que por muito tempo condenou os “loucos” a isolamentos ou negligências. Esse capítulo apresenta a história da Psiquiatria, revelando como ocorreu esse tratamento na Bahia e quais instituições atendiam problemas nessa esfera, incluindo, nessa análise, a FMB e os médicos Nina Rodrigues e Juliano Moreira, além da atuação marcante de Nise da Silveira, por exemplo, o que permite percepção das avaliações feitas ao longo da história das “doenças da mente”. Assim, o capítulo vai delineando marcos, avanços – nos âmbitos científicos, legais, estatais e do SUS – e figuras importantes, como a de um dos autores do capítulo, o prof. Ronaldo Jacobina.

Percorrendo a história no mundo e no Brasil, o capítulo 11 mostra como a Medicina do Trabalho e o Campo da Saúde do Trabalhador na Bahia também estão atrelados ao desenvolvimento econômico e aos seus marcos. Esse capítulo conta como se desenvolveu a abordagem à saúde do trabalhador desde a colonização baiana até o surgimento do Complexo Petroquímico de Camaçari, evidenciando o fenômeno do benzenismo como catalisador das lutas sociais, do desenvolvimento de estudos e pesquisas na área e a importância de inúmeras instituições na consolidação deste campo na Bahia.

O capítulo 12 avulta a proposta de visão ampliada dos fatores que reverberam na saúde ao tratar da história da Medicina Tropical, resgatando a “escola” – iniciada como um grupo de médicos para discussão acerca das chamadas “doenças tropicais” e das epidemias – e registrando as interseções com a FMB, assim como suas contribuições no âmbito de pesquisa e produções, caso da *Gazeta Médica da Bahia*. Entretanto, a história possui repercussões, então o capítulo coaduna os impactos da Medicina Tropical ao longo do tempo, como no Instituto Couto Maia e nas produções científicas recentes.

O capítulo 13 revive a história da especialidade que cuida do maior órgão – a pele. A história da Dermatologia perpassa desde os tratamentos indígenas às lesões de pele até o primeiro Serviço Clínico de Doenças da Pele na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, a criação da Sociedade Brasileira de Dermatologia, a Dermatologia na FMB, o estudo da leishmaniose, a Residência Médica em Dermatologia, os avanços e a modernidade da Dermatologia e, por fim, a atuação desta especialidade no contexto da pandemia da covid-19.

O capítulo 14, pautado no desenvolvimento do olhar ao idoso ao longo da história, na dinâmica do processo de envelhecimento nas últimas décadas e nos seus impactos na estrutura demográfica da população, conta a história da Geriatria no Brasil, com enfoque na Bahia. Com isso, o texto mostra como as novas necessidades de abordagem à saúde do idoso fomentaram o surgimento de instituições de cuidado e de ensino nessa área na Bahia, como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG-BA), o Centro Estadual de Referência de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI), o Centro Geriátrico das Obras Sociais Irmã Dulce, bem como o seu programa de residência, e o ensino na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

O capítulo 15 conta a história da evolução dos cuidados com a saúde da criança pelo mundo, no Brasil e na Bahia, mostrando que esse processo esteve atrelado à observância de que as crianças possuem particularidades intrinsecamente ligadas ao seu estado de saúde. Sabendo disso, estudos foram desenvolvidos, livros publicados, clínicas de atendimento especializado foram abertas, dando visibilidade e acesso à saúde na infância. Ao falar do Brasil, o texto mostra os povos indígenas como berço desse cuidado em sua forma mais genuína, além de enfatizar as mudanças no ensino das faculdades médicas, sobretudo na FMB, como um grande passo para consolidar essa especialidade. Sobre a Bahia, também é mostrado como a pediatria está ligada à filantropia, às sociedades médicas e aos programas de residência no estado.

O capítulo 16 consta a história da Homeopatia, traçando o surgimento e desenvolvimento dessa prática no Brasil, dando ênfase para figuras importantes no delineamento dessa história. Esse capítulo contou com informações provenientes de entrevistas corroboradas pela proposta da escrita, possibilitando uma escrita que coaduna análises sobre a formação em Homeopatia e o acesso a essa especialidade.

O capítulo 17, referente à história da Medicina Natural, se debruçou, principalmente, a partir do final da década de 1970, na Bahia, no forte movimento de crítica à Medicina Alopática e na busca de alternativas que priorizassem integralmente o ser humano na sua dimensão biopsicossocial. Em uma linda história de pioneirismo, de procura de novos estilos e valores de vida, e de formas complementares de tratamento para enfermidades, o leitor terá um texto intrigante para se deliciar.

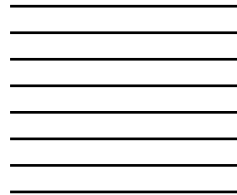
O capítulo 18 traz a história da Acupuntura, um dos métodos englobados pela Medicina Tradicional Chinesa, com propostas de abordagem abrangente do indivíduo, o qual possui aspectos físicos, psicológicos e espirituais que precisam de equilíbrio para proporcionar bem-estar. Assim, inclui-se ao livro uma especialidade – regulamentada em outras profissões também – diversa ao paradigma biomédico, avultando a compreensão da promoção de saúde associada a esse conhecimento, cujo acesso é possível através do SUS.

O último capítulo trata da história da Ginecologia e Obstetrícia, com abordagem que inclui análise do parto no Período Pré-cabralino, Período Colonial, assim



como abrange as repercussões da fundação da então Escola de Cirurgia da Bahia sobre a arte obstetrícia e as evoluções nesse cuidado. O delineamento histórico vai apresentando ao leitor modificações e novidades dessa especialidade.

Então, a coordenação e os autores desta obra propõem e convidam à leitura desses capítulos que, certamente, permitirão a inserção em diversos momentos históricos, a aproximação de importantes figuras humanas, a compreensão de encadeamentos na construção social, a avaliação de fatores de saúde que ultrapassam a esfera médica e a reflexão crítica de diversos temas.



# 1

## HISTÓRIA DA NEUROLOGIA

*Bruno Felipe Santos de Oliveira*  
*Catarina Secundino Tavares de Araújo*  
*Gabriel Praxedes Freire*  
*Gabriel Sousa Suzart*  
*Juliana de Alencar Fontes*  
*Luiz Filippe Vago Pereira*  
*Pedro Antônio Pereira de Jesus*

Estudar a história da Neurologia é o mesmo que passar pela história da humanidade, já que as doenças neurológicas sempre foram um problema presente ao longo dos milênios. Assim como muitos outros tópicos acadêmicos, a neurociência atingiu um nadir na Antiguidade no período greco-romano e, logo em seguida, passou por uma fase de importante retrocesso durante o início da Idade Média. Com o Renascimento – e ao longo da Idade Moderna –, o estudo do sistema nervoso foi, pouco a pouco, voltando a ser relevante através de estudos mais aprofundados em Anatomia Humana, após a aproximação entre Medicina e Ciência e, principalmente, com os avanços tecnológicos da Idade Moderna, o que fez com que a Neurologia, como especialidade, fosse enfim estabelecida. (AMINOFF, 2009)

Algo que diferencia a Neurologia das demais especialidades é a especial relação que os achados clínicos têm com a Anatomia, de maneira que, muitas vezes, é possível definir em qual órgão (e até mesmo em qual *região* de certo órgão) está a lesão. Ora, mediante um paciente com icterícia, você pode muito bem (e deve!) desconfiar de um problema no fígado, mas saberá você dizer qual o segmento afetado? Mediante um paciente com forte dor torácica súbita que irradia para o braço esquerdo, deve-se suspeitar de um infarto, sim – mas sem a ajuda de um eletrocardiograma, saberá você qual artéria foi acometida? É (também) por conta disso que, embora a Neurologia como especialidade tenha tido um nascimento relativamente tardio, o estudo de sua história desde o começo da Antiguidade é, sim, relevante – não apenas porque as patologias neurológicas sempre existiram, mas também porque o “simples” estudo da anatomia do sistema nervoso e as teorias formuladas ao seu respeito desde o começo de tudo estão intimamente interligados com a clínica e o tratamento dos doentes neurológicos ao longo dos séculos.

## IDADE ANTIGA

Nesta seção, vamos abordar a história da Neurologia em um período que é, muitas vezes, associado a bastante brutalidade e misticismo. Apesar de, factualmente, termos muitos registros do impacto que a mitologia tinha nas decisões políticas, sociais e medicinais, vale lembrar que a Filosofia teve seu berço nesse período – ela que foi o pilar para a estruturação de métodos de manejo e tratamento de doenças e lançou as bases para o desenvolvimento da Ciência.

## MESOPOTÂMIA

A Mesopotâmia é uma região localizada entre os rios Tigre e Eufrates (atual Iraque) cuja civilização se desenvolveu entre 2 mil e 5 mil anos atrás. O conhecimento dos mesopotâmios sobre Anatomia era, em grande parte, advindo da dissecação de animais usados em rituais e, possivelmente, de “estudos” *post-mortem* em humanos. Eles sabiam da existência do cérebro, mas consideravam mais importantes o fígado, o coração e o estômago – atribuindo-lhes, inclusive, funções relacionadas à cognição e às emoções. Para os mesopotâmios, o cérebro era apenas uma espécie de “medula óssea” do crânio, não havendo noção alguma de um sistema nervoso.

As patologias neurológicas eram reconhecidas, mas havia um forte misticismo acerca de suas causas. Quase todas envolviam a “mão” de uma entidade supernatural, fosse um demônio (como na Coreia, pelo demônio “*šulak*”), um espírito do mal (como no rebaixamento do nível de consciência, pelo espírito “*alû*”), um fantasma (como no caso do Acidente Vascular Cerebral isquêmico – “*mišittu*”, por

fantasmas da estepe) ou até mesmo um de seus deuses (como na perda auditiva mediante traumatismo craniano, pela deusa da guerra Ishtar).

Não existem muitos registros acerca das repercussões sociais associadas a doenças neurológicas, talvez pela alta mortalidade e pouca (ou nenhuma) possibilidade de recuperação dos déficits. Entretanto, dentre os poucos conhecimentos da época que pudemos conhecer, o impacto das convulsões (“*bennu*”) foi uma das que sobreviveu ao tempo: de acordo com o Código de Hamurabi, se um escravo passasse a apresentar crises convulsivas dentro de um mês após a sua compra, ele deveria ser retornado ao vendedor, o qual era obrigado a devolver todo o dinheiro. Como estratégia de venda, alguns negociantes anunciavam “garantias” de 30 a 100 dias a respeito do aparecimento de convulsões em seus escravos – alguns autores argumentam que isso era uma tentativa por parte desses negociantes de provar que essas pessoas não tinham epilepsia, embora hoje postule-se que a maioria dos episódios convulsivos na Mesopotâmia tenham sido manifestações secundárias de outras doenças, como a neurocisticercose.

Quando as convulsões acometiam crianças, os curandeiros (*ašū*) recomendavam rituais que consistiam no uso de plantas e recitação de palavras. Para os bebês que nasciam com algum déficit, como hipotonia global (síndrome do bebê mole), eutanásia por afogamento era recomendada para que a família da criança não fosse destruída, uma vez que muitas doenças neurológicas do bebê eram vistas, em tom supersticioso, como um mau sinal. Hoje, imagina-se que esse “mau sinal” esteja, na verdade, associado às meningites e ao seu caráter contagioso, que matava outros integrantes da família.

## EGITO

A civilização egípcia se desenvolveu às margens do grande Rio Nilo, no norte da África, há aproximadamente 5 mil anos. Não se sabe muito sobre as teorias egípcias acerca do sistema nervoso – se é que eles chegaram a desenvolvê-las –, mas é possível ter uma ideia geral a partir de famosos papiros médicos que sobreviveram ao tempo – como o Papiro Cirúrgico de Edwin Smith, o Papiro de Berlin e o Papiro de Ebers – e registros posteriores por parte de grandes autores da Antiguidade, como Heródoto.

Assim como os mesopotâmios, os egípcios apenas reconheciam o cérebro (“*ais*”) como a medula óssea do crânio (“*djennet*”). A prática da mumificação demonstra bem o valor que os egípcios atribuíam a esse órgão – ao prepararem um corpo, os embalsamadores tomavam extremo cuidado com o coração e descartavam o cérebro, o que sugere fortemente que eles desconheciam a sua função. No tocante à medula espinhal, não a diferenciavam da coluna vertebral, mas existem

registros nos quais os egípcios descrevem as consequências da lesão na medula cervical. É também aqui que se tem registro pela primeira vez de certos componentes anatômicos, como o líquido encefalorraquidiano (“*nh*”) e as meninges (“*ntn.h*”).

Embora as funções do sistema nervoso fossem aparentemente desconhecidas aos egípcios, foi aqui que se teve um dos primeiros registros do que seria uma espécie de “exame neurológico”. Como parte de seu trabalho diagnóstico, os médicos egípcios testavam marcha, sensibilidade, visão e audição, além de pedirem que os pacientes realizassem certos movimentos para avaliar o grau de comprometimento da motricidade voluntária.

No tocante às patologias, vários relatos médicos que descrevem casos de pacientes já foram identificados. Entretanto, é quase sempre muito difícil ter certeza das doenças as quais se referem – não apenas o diagnóstico em retrospecto – e com informações limitadas – é difícil, como ainda há o empecilho da tradução.

## GRÉCIA

De acordo com as escrituras, foi na civilização grega – datada de 1200-300 a.C., aproximadamente –, que o cérebro começou a ter algumas de suas funções desvendadas – ou, pelo menos, “imaginadas” –, muito graças às dissecações de animais no estudo da Anatomia.

Alcmeão de Crotona (570-500 a.C.), estudante de Pitágoras, foi um dos primeiros autores de quem se tem registro a atribuir funções sensitivas ao cérebro, relação essa que foi traçada após retirar o globo ocular de um animal – levando à descoberta do nervo óptico – e ao perceber que os canais auditivos e nasais e a boca ligam o meio externo ao interno. Essa ideia foi completada por Diógenes de Apolônia (460-390 a.C.), que postulava sobre a existência de um “sopro” cósmico chamado de “*pneuma*” – uma espécie de princípio vital invisível e assimilável pelos humanos. Segundo Diógenes, através dos canais citados anteriormente e de um sistema vascular (embora ele não tenha estudado o sistema circulatório), o *pneuma* fluiria pelo corpo e, ao chegar ao cérebro, permitiria o surgimento das sensações e da cognição.

Esses autores pré-socráticos não apenas foram apoiados por Hipócrates de Kos (460-370 a.C.), um dos maiores expoentes da Medicina até os dias de hoje, como também complementados: Hipócrates, considerado por muitos o pai de Medicina, foi um dos primeiros autores a atribuir sentimentos, julgamentos morais e todo tipo de percepção ao cérebro. Segundo ele, tais coisas eram possíveis porque o *pneuma*, que estava no ar, fluiria para o órgão a partir da boca e do nariz e viajaria pelo corpo através de vasos sanguíneos. Dessa forma, os distúrbios neurológicos estariam associados a alterações nesse sistema de transporte de *pneuma*, que poderiam acontecer pela congestão de flegma ou bile negra na cabeça (fluidos

corpóreos tidos como “frios”). A terapia era instituída de acordo com a temperatura do fluido que postulava-se ser o causador da doença: doenças “frias”, a exemplo da epilepsia, eram tratadas com ervas e alimentos quentes.

Foi em Alexandria, algumas décadas após a morte de Hipócrates, que a Neuroanatomia começou a avançar de maneira mais significativa entre os gregos, o que aconteceu graças à dissecação (*post-mortem* e *visissecção*) de seres humanos. Um dos maiores nomes do período é o de Erasístrato (320-145 a.C.), um dos primeiros estudiosos a relacionar quantidade de giros e sulcos cerebrais com intelectualidade a partir da anatomia comparada com animais. Infelizmente, no entanto, não se sabe quais aplicações clínicas foram atribuídas a esses conhecimentos.

Todavia, centralizar o cérebro como órgão da razão, cognição e sentimentos não foi uma teoria amplamente aceita por todos do período (sendo, inclusive, rejeitada pelos estoicos e epicuristas). Platão, por sua vez, defendeu a tripartição da alma: a racional, que habitaria no cérebro; a emocional, que habitaria no coração; e a que se referia a comer e beber (sim, acredite!) na região abdominal. Aristóteles já foi um tanto mais radical ao defender a teoria “cardiocêntrica”, afirmando que o coração seria o órgão responsável pelas sensações, pensamentos, emoções e até mesmo movimento. Segundo ele, o cérebro seria responsável por ajustar a temperatura do coração, o que seria justificado pelo fato de ser um órgão frio, molhado e repleto de vasos sanguíneos.

## ROMA

O maior expoente romano dentro da Neurociência (e da Medicina, de maneira geral) é, sem dúvidas, Galeno (129-210 d.C.). Médico, fez várias descobertas no campo da Neuroanatomia, sendo o responsável por descrever várias estruturas e determinar quais os déficits clínicos associados a diferentes lesões medulares (hemissecção, secção completa e lesões em diferentes segmentos).

Através de seus experimentos, defendeu que era o cérebro o centro da razão, do movimento e das sensações, negando a teoria cardiocêntrica de Aristóteles ao afirmar que, se a função do cérebro fosse a de regular a temperatura do coração, a “Natureza” não teria deixado ambos os órgãos tão distantes entre si. Ao mesmo tempo, não apenas concordou com a teoria do pneuma formulada pelos autores pré-socráticos, como acrescentou que o cérebro seria responsável por refinar esse fluido vital. Uma vez refinado, ele seria armazenado nos ventrículos cerebrais para permitir a transmissão de informações sensitivas e motoras e, por isso, quando um dos ventrículos era perfurado, o indivíduo morria – o pneuma era perdido. As paralisias também eram explicadas dessa maneira: um bloqueio nos ventrículos impediria a passagem de informações para o corpo.

Uma questão social fortemente atrelada à “Neurologia” do período era o fato de que apenas as classes mais abastadas tinham condições de consultar um médico a respeito de sua doença neurológica. Os indivíduos de classes mais baixas precisavam recorrer a tratamentos populares no campo da magia e da espiritualidade com curandeiros sem nível técnico algum e, com isso, “tratamentos” bizarros eram oferecidos. Para condições como a epilepsia, por exemplo, o doente precisava utilizar o sangue de um gladiador ou de um homem executado.

## MUNDO ÁRABE

Após Galeno, muito do conhecimento médico não progrediu tanto na Europa como quando comparado ao período em que ele estava vivo. No mundo árabe, entretanto, Galeno foi seguido, propagado e até complementado por um estudioso assíduo que entrou pra História: Hunayn ibn Ishaq (807-877 d.C.). Ele colocou o cérebro como um dos quatro mais importantes órgãos – juntamente ao coração, fígado e testículos –, além de pôr fim à rixa entre coração e cérebro ao afirmar que ambos eram sistemas independentes e complementares. O cérebro seria a fonte das funções cognitivas, movimentação e sensação, e sua frieza seria contrabalanceada pelo calor do coração. Além disso, Hunayn manteve a ideia de que o pneuma seria refinado e armazenado nos ventrículos, o que permitiria a realização das atividades cerebrais.

Outro expoente da Medicina árabe foi o famoso Ibn Sina, ou Avicena (980-1037 d.C.). Ele descreveu as funções cerebrais como “poderes”, uma espécie de “sensação interna” que permitia a integração das “sensações externas” – tato, paladar, olfato, audição e visão – captadas pelos nervos – que eram entendidos como extensões do próprio cérebro. Essa integração dos sentidos é o que permitiria a formação de imagens mentais e pensamentos, aos quais seriam atribuídos significados e permitiria a formação da memória. Claramente, Avicena foi capaz de criar uma teoria mais complexa acerca das funções cerebrais ao juntar conhecimentos de seus predecessores e contemporâneos e adicionar suas próprias considerações, de maneira a se aproximar do real funcionamento cerebral.

Na prática clínica, os árabes também se destacaram na medida em que começaram a adicionar elementos de Anatomia aos achados clínicos em seus pacientes. Aqui, é de destaque Ibn al-Jazzar: ele afirmava que, a depender do local em que houvesse acúmulo de flegma impedindo a passagem de pneuma, os sintomas iriam variar. Dessa maneira, paralisia do lado direito do corpo e distúrbio de linguagem estava associado a fluidos acumulados em um lado da cabeça (que hoje sabemos ser o hemisfério esquerdo), enquanto paralisia isolada estava associada a fluidos acumulados na medula espinhal. Embora hoje seja claro que nem

sempre tal relação seja verdadeira, essas associações anátomo-clínicas feitas por Ibn al-Jazzar são surpreendentes para o momento histórico.

## CHINA

A maior parte da Medicina chinesa tradicional ocorreu no mesmo período de Aristóteles e Hipócrates, na Grécia Antiga. Assim como os mesopotâmios, egípcios e algumas linhas de pensamento gregas, os chineses acreditavam que o cérebro não tinha relevância no contexto do organismo – na realidade, ele não era nem sequer considerado um órgão, mas sim uma espécie de reservatório de medula óssea que era abastecido pela medula espinhal. Seguindo essa ideia, quando o reservatório estivesse cheio, o indivíduo estaria saudável, e, quando esvaziado, sintomas como tontura, visão embaçada e cansaço apareceriam.

A anatomia do sistema nervoso não foi muito avançada na China nesse período, uma vez que a dissecação de seres humanos não era vista com bons olhos. No entanto, têm-se conhecimento de alguns momentos desse período em que foram feitos estudos anatômicos em humanos *post-mortem*. Nessas situações, os corpos utilizados foram os de presos políticos, uma vez que a mutilação e violação de cadáveres era considerada um dos insultos mais cruéis dentro da cultura chinesa.

Algumas das funções cerebrais eram atribuídas aos cinco órgãos mais importantes dentro do pensamento chinês: o coração, os pulmões, os rins, o fígado e o baço. Algo curioso, no entanto, é que, mesmo sem conhecimento algum sobre o sistema nervoso, os chineses conseguiam identificar doenças neurológicas e, em alguns casos, até mesmo tratá-las. Existem registros de intoxicação por metal e monóxido de carbono, epilepsia (inclusive *status epilepticus*), tétano, psicose, lepra e até beribéri.

## IDADE MÉDIA

A Idade Média é comumente entendida como um período obscuro, de retrocesso. A transmissão do conhecimento se baseava principalmente na oralidade e a Medicina adquiriu uma “preferência” pela praticidade, ao invés de buscar a teoria para explicar a fisiologia e a patologia. A mudança desse cenário começou apenas durante a Idade Média Alta, a partir da tradução de obras árabes e gregas ao latim, e prosseguiu após a criação de algumas universidades espalhadas pela Europa.

A partir de certo ponto, o trabalho dos escolásticos deixou de ser “apenas” de tradução das obras e passou à absorção ativa e à proposição de mudanças nas teorias estudadas, o que fomentou o desenvolvimento de novas ideias. Um exemplo



disso é a hipótese proposta por Jean de Saint-Amand (1230-1303 d.C.) no âmbito do encefalocentrismo – cérebro como órgão da consciência: segundo ele, o pneuma do cérebro de fato existia e seria transmitido pelo corpo através dos nervos. Caso esses nervos viessem a se entupir, cheios de “humor viscoso”, o paciente ficaria paralisado por não haver fluxo de pneuma do cérebro ao corpo

Ao final da Idade Média, embora já estivesse voltando a abordagem teórica do que seria, futuramente, a Neurologia, o cenário ainda era bastante influenciado pela religião cristã. Dessa maneira, muitas doenças neurológicas eram comumente explicadas através de crenças populares: demônios e maldições eram a causa das dores intratáveis, perda de fé em algum santo seria a causa de cegueira, pecadores recorrentes eram levados à insanidade, entre outras. Além disso, como é de se esperar, não apenas as explicações teóricas das patologias por vezes estavam misturadas com o imaginário popular, mas também as terapias – a Medicina ora competia, ora era complementada por curandeiros mágicos e religião.

Um fenômeno curioso acontecia com aqueles que tinham déficits incapacitantes: em momentos de epidemia (como no período da peste negra), eles eram, muitas vezes, enxergados como os agentes causadores da doença, os responsáveis pela sua propagação. Ademais, os ricos com déficits neurológicos incapacitantes naturalmente tinham dinheiro para contratar os médicos que anunciavam seus serviços “dignos de elite”, enquanto os demais, por não conseguirem trabalhar, precisavam ir para as ruas pedir esmola. Fora dos momentos de crise social, indivíduos com déficit que pediam esmola nas ruas conseguiam sobreviver, cenário esse que era visto por algumas pessoas pobres como uma oportunidade de ganhar dinheiro. Não à toa, existem relatos da época de crianças que eram mutiladas pelos adultos de maneira a deixá-las deficientes e, assim, serem usadas como meio de ganhar esmolas.

## **RENASCIMENTO**

O Renascimento foi o momento no qual as ciências e o conhecimento voltaram à tona – era a “Era da Razão”. Nesse período, o retorno do estudo da Anatomia através da dissecação de cadáveres e as grandes descobertas como o microscópio e a eletricidade ajudaram a impulsionar o desenvolvimento da Neurociência, lançando as bases para o posterior surgimento da Neurologia. Ademais, foi aqui que as sociedades europeias começaram a prestar mais atenção aos pobres, doentes e aos indivíduos com algum tipo de deficiência, o que aumentou o interesse da Medicina no tratamento de doenças incapacitantes e na busca por tratamentos.

Um grande anatomista dessa época foi Leonardo da Vinci (1452-1519) em seus estudos de dissecação humana. Não apenas seus desenhos eram próximos da realidade, como ele também destrinchou a via óptica, explorou o plexo braquial e

montou um esquema que organizou o sistema nervoso em uma espécie de “hierarquia”. Outros nomes dignos de nota são o anatomista Andrea Vesalius (1514-1564), que publicou sete livros sobre Neuroanatomia, e René Descartes (1596-1650), que acreditava que a fonte da alma estava na glândula pineal.

Durante esse período, a crença dominante era a de que o cérebro filtra o sangue e secreta um fluido que, ao viajar pelos nervos (na época compreendidos como tubos ocos), alcança a periferia. A tecnologia envolvida no microscópio do período não era avançada o suficiente para permitir a visualização acurada das células nervosas e, com isso, derrubar a teoria de que nervos são ocos. Ainda dentro desse cenário, o cientista Malpighi acreditou ter comprovado a teoria de secreção do cérebro ao visualizar um pedaço do córtex sob as lentes, o que fez com que este importante órgão fosse categorizado como uma glândula. Anos mais tarde, quando Richard Fowler, na década de 1790, percebeu que as pernas do sapo contraem mesmo com o animal morto, a teoria de que o cérebro filtra algum princípio vital do sangue foi, enfim, derrubada (afinal, o coração estava parado). Mesmo assim, no entanto, o cérebro continuou sendo considerado uma glândula.

Por fim, um grande expoente do século XVII foi Thomas Willis (1621-1675), médico inglês da Universidade de Oxford e atualmente famoso pelo “polígono de Willis”, um sistema arterial na base do crânio. Ele fez a correlação entre intelectualidade e número de giros e sulcos ao comparar cérebros humanos e animais (de maneira similar a Erasístrato, na Grécia Antiga), além de ter feito várias contribuições à Neuroanatomia. Também nesse período, Willis foi o responsável por instituir a disciplina de Neurologia na Universidade de Oxford, algo que, dado seu longo histórico de publicações na área, teve boa recepção pela comunidade científica.

## **IDADE MODERNA**

Esse é o período de surgimento da Neurologia como especialidade médica, momento de grandes descobertas acerca do sistema nervoso e libertação da Neurofisiologia da Antiguidade.

Foi no século XVIII que as teorias de localização cortical (funções cerebrais associadas a determinados locais do córtex cerebral) e lateralização (funções cerebrais diferentes em cada hemisfério) começaram a realmente tomar forma, principalmente com os trabalhos de Emanuel Swedenborg, sendo continuados e aprimorados no século XIX com estudiosos como Paul Broca e Franz Gall. A Anatomia foi sendo cada vez mais aprofundada (chegando até à microanatomia!), especialmente a partir da segunda metade do século XIX, graças aos avanços tecnológicos do período – como o início do uso da microtomia. Os tratos do sistema nervoso e as terminações nervosas foram cada vez mais explorados e

o conhecimento teórico, anatômico, foi fortemente se alinhando com a clínica, promovendo um melhor entendimento acerca das doenças do sistema nervoso.

No século XIX, um grande marco aconteceu: a criação do método anatomo-clínico por Jean-Martin Charcot (1825-1893), famoso neurologista francês. Seu método consistia em unir sinais clínicos coletados ao longo da vida de pacientes neurológicos com alterações estruturais (anatômicas) vistas em dissecações *post-mortem* do cérebro e da medula espinhal, e a grande importância desse acontecimento é o fato de a união entre Anatomia e clínica ser uma das bases do atual raciocínio neurológico.

Na segunda metade do século XIX, foram fundados os primeiros jornais de Neurologia do mundo: o *Journal of Nervous and Mental Diseases* (*Jornal das Doenças Nervosas e Mentais*), nos EUA (1874), e o *Brain* (*Cérebro*), no Reino Unido (1878), nos quais eram publicados artigos com casos de pacientes portadores de sinais e sintomas neurológicos e psiquiátricos que eram correlacionados com achados de autópsia. A população infantil também começou a receber atenção dedicada nesse período, havendo livros voltados especialmente às doenças neurológicas pediátricas.

Infelizmente, ao mesmo tempo em que havia esse grande avanço no mundo da Neurociência, o preconceito da população geral em relação àqueles com distúrbios mentais e alterações neurológicas (muitos dos quais congênitos) era forte ao longo do século XIX e até o início do século XX. Crianças com atraso de desenvolvimento intelectual eram comumente chamadas de “idiotas” mesmo por parte de estudiosos do campo, e a cultura dos “*Freak Shows*” (ou “*Shows de Aberrações*”) nos famosos circos americanos, que reuniam indivíduos tidos como “estranhos” (pessoas extremamente altas, tatuadas ou obesas e pacientes com microcefalia, por exemplo), era um reflexo da sociedade da época. (MATEEN; BOES, 2010)

De qualquer maneira, foi nesse período que muitas patologias neurológicas e seus sinais associados começaram a ser descobertos, o que lançou as bases para a estruturação do exame neurológico, tudo (em grande parte) graças à identificação dos achados alterados em vida e posterior interpretação anatomo-clínica do seu significado em estudos *post-mortem*.

## **IDADE CONTEMPORÂNEA**

Com o avanço das tecnologias e da produção científica, a Medicina como um todo pôde evoluir de maneira exponencial – e com a Neurologia isso não foi diferente. A maior integração entre os países através de meios de transporte cada vez mais rápidos e uma aceleração dos sistemas de comunicação internacional permitiram uma maior troca de conhecimento entre estudiosos de diferentes partes do planeta,

o que, certamente, alavancou e impulsionou ainda mais o nosso entendimento acerca do sistema nervoso e dos métodos para investigar, diagnosticar e tratar.

No entanto, à medida que toda essa expansão começou a acontecer, experimentos antiéticos em nome da ciência e baseados em mentalidades alienantes – muitas vezes mediados pela política, cultura ultraconservadora e/ou estados de guerra – começaram a acontecer. Alguns dos piores exemplos dessa situação no campo da Neurologia aconteceram, especialmente, durante as duas grandes guerras mundiais.

Na Primeira Guerra Mundial, muitos soldados voltavam com desordens neuropsiquiátricas que os impediam de voltar para a guerra. De maneira a enviá-los de volta às frentes de batalha, neurologistas franceses foram mobilizados para tratar essas condições, o que os levou a adotar terapias extremas de eletrochoque (e que foram, inclusive, adotadas por outros países Aliados e pela Alemanha). Como essas terapias eram dolorosas, muitos soldados resistiram a elas, o que eventualmente fez com que caíssem em desuso. A falha dessas terapias e o problema crescente de soldados traumatizados fez com que o transtorno de estresse pós-traumático fosse mais bem estudado e compreendido ao longo do século XX.

Já na Alemanha nazista da Segunda Guerra Mundial, mais de 200 mil pacientes neuropsiquiátricos foram assassinados em câmaras a gás, com overdose de drogas ou através da inanição sob a falsa justificativa de se tratar de uma “eutanásia”. Destes, quase 3 mil tiveram seus cérebros enviados para estudos em centros de pesquisa após seu assassinato. Após o estudo e a análise de cartas da época trocadas entre os campos de concentração e tais centros de pesquisa, alguns estudiosos da atualidade atribuem muitos desses assassinatos à vontade que cientistas nazistas da época tinham em estudar cérebros frescos. (ZEIDMAN, 2017)

Passadas as grandes guerras, debates sobre ética e direitos humanos vieram à tona ao redor do planeta, especialmente dentro da Medicina, visando traçar os limites dos experimentos em nome da ciência. Ao longo dos anos, o advento de aparelhos com a capacidade de investigar o sistema nervoso *in vivo* (como estudos de imagem, laboratoriais e histológicos) permitiu uma melhor e mais fácil compreensão acerca desse sistema, o que possibilitou o diagnóstico mais precoce e acertado de patologias neurológicas. Com o avanço da área, várias subespecialidades foram surgindo dentro da grande área da Neurologia e, mesmo com tamanho time de especialistas espalhados por todo o planeta, muito ainda resta a ser descoberto.

## **EPILEPSIA: DO SOBRENATURAL AO ELETROENCEFALOGRAMA**

As simbologias por trás das manifestações clínicas das crises epiléticas povoam o imaginário popular muito antes de esse termo ser criado. Cada povo deu um significado à sua maneira – alguns tinham relação com a religiosidade do local, outros

se baseavam em visões que traziam distúrbios no corpo humano como causa das crises (sendo, portanto, naturalistas). Neste tópico, a exposição histórica sobre o tema vai se iniciar na Antiguidade, período em que foi escrito um número considerável de textos sobre a temática.

O documento mais antigo sobre o tema foi encontrado em um manual médico da Babilônia datado entre 1067 e 1046 a.C. Este manual, chamado de *Sakkiku* (ou, em português “Sintomas”), traz diversas descrições que, posteriormente, foram atribuídas a crises epiléticas. Os autores descreviam as crises como parte de fenômenos sobrenaturais e até mesmo como forma de manifestação de uma entidade, especialmente quando havia movimentação violenta de partes do corpo (como é visto nas crises epiléticas convulsivas). Essa mesma escritura traz descrições clínicas que são reconhecidas até hoje como parte das crises, como os automatismos (ato de movimentar lábios repetidamente e proferir falas repetitivas e estereotipadas).

Ainda no período antigo, deve-se dar o devido destaque para os textos gregos. Um dos textos mais importantes é a obra “Sobre a doença sagrada”, parte do *Corpus Hippocraticum*. Seus autores argumentam que a epilepsia possui, na verdade, uma causa natural como qualquer outra doença, e que há íntima relação com o cérebro. Paralelamente a essa visão naturalista, existiam também visões religiosas do fenômeno nas quais os sintomas das crises epiléticas eram atribuídos a diversas divindades gregas, incluindo Hera, Cibele, Poseidon, Ares, Hécate e Hermes.

Como visto anteriormente, durante a Idade Média, muitas concepções naturalistas do estudioso greco-romano Galeno influenciaram o pensamento dos médicos da época, ao mesmo tempo em que se contrapunham às concepções religiosas. A Medicina galênica concebia as crises como sendo fruto do desequilíbrio dos humores no corpo humano, enquanto o pensamento religioso via essas manifestações como obra de possessão demoníaca.

No período renascentista, surgiram pensadores e artistas que contribuíram substancialmente para o conhecimento sobre Neuroanatomia, com destaque para o médico inglês Thomas Willis e o pensador italiano Leonardo da Vinci. Nesse período, ainda existia a concepção religiosa da crise epilética como possessão demoníaca, mas percepções naturalistas também estiveram presentes. O médico suíço Paracelso, por exemplo, delimitou a ideia de que as crises epiléticas eram resultado de um estado de ebulição dos espíritos vitais dentro do cérebro.

Nos séculos XVIII e XIX a história da epilepsia cruzou com a história dos transtornos mentais. Os pacientes que sofriam com as crises epiléticas eram frequentemente tratados como “histéricos” ou “insanos”.

No século XX, mais precisamente nos anos 1930, a eletroencefalografia surgiu, e com ela veio uma revolução no campo da epilepsia. Essa tecnologia permitiu que os pesquisadores pudessem estudar a atividade elétrica do cérebro de forma

não invasiva e continuamente. A partir desse período houve a identificação de padrões no eletroencefalograma que indicavam patologias cerebrais, e a correlação desses padrões com as manifestações clínicas que os pacientes apresentavam se mostrou essencial no avanço do estudo da doença.

## **CEFALEIA: DO MISTICISMO AO RESGATE DA QUALIDADE DE VIDA**

Dor de cabeça, ou “cefaleia” no jargão médico, é uma condição muito comum ao longo da história humana – diferentes concepções dessa condição foram feitas nas diferentes épocas, em que algumas tinham teor de religiosidade e outras tinham teor naturalista.

Um dos mais antigos relatos de cefaleia remonta à Mesopotâmia, por volta de 4 mil anos a.C., onde a experiência de sentir dor de cabeça era associada a entes sobrenaturais, aqui chamado de *Ti'u* (o espírito “do mal” da dor de cabeça). Os egípcios também deixaram suas impressões sobre o tema, associando a moléstia ao trabalho de espíritos malignos.

Alguns séculos depois, a Grécia Antiga produziu uma quantidade considerável de trabalhos sobre a temática. Para citar algumas: 1. Hipócrates descreveu o primeiro relato do que se pode entender hoje como a aura visual da enxaqueca; 2. o médico Areteu da Capadócia criou uma classificação das cefaleias em três tipos de acordo com as suas descrições clínicas (o que foi revolucionário para a época, porque isso estabelecia que nem toda dor de cabeça é igual); e 3. Galeno de Pérgamo sugeriu métodos terapêuticos que envolviam o uso de uma espécie de peixe com propriedades elétricas aplicadas sobre a cabeça dos pacientes, além de sugerir uma causa naturalista para o surgimento da enxaqueca (que seria um desequilíbrio dos humores corporais sobre o cérebro).

O período renascentista trouxe consigo a atualização de algumas descrições de Hipócrates e Galeno, como a concepção de que existiam conexões e simpatias entre as partes do corpo de forma tal que uma parte poderia adoecer como resultado da relação com outra parte. Assim, a cefaleia poderia ter sua origem nas partes periféricas do corpo, não na cabeça de fato. Com o tempo, novas descrições foram feitas adicionando novos conhecimentos sobre a condição, como a ideia (acertada) introduzida por Thomas Willis de que os vasos que irrigam o cérebro fazem parte da explicação das dores de cabeça.

Nos séculos XIX e XX houve avanços no tratamento farmacológico, com a descoberta e a produção de novas drogas para tratamento da dor. Muitas das drogas que, na época, faziam parte do tratamento foram sendo substituídas com o tempo. Desde então, novas drogas vêm sendo produzidas, acompanhando os avanços no entendimento das causas que levam às dores de cabeça.

## **Entrevista com Bárbara Valente, médica neurologista, especialista em cefaleias**

**A senhora pode comentar um pouco sobre como as pessoas que sofrem de enxaqueca podem acessar assistência à saúde para o tratamento dessa condição pelo Sistema Único de Saúde (SUS)? Há limitações a esse acesso?**

*Acredito que o grande limitador para acesso ao tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) da enxaqueca é o entendimento de que essa é uma doença que merece tratamento como qualquer outra doença crônica. Estudos brasileiros já demonstraram que o paciente com enxaqueca demora cerca de 18,8 anos até fazer uma avaliação com especialista, realidade tanto do Sistema Público de Saúde quanto do privado. A principal causa para esse atraso no início do tratamento é a falta de reconhecimento da condição. Não incomum, tanto pacientes como profissionais de saúde taxam a enxaqueca como uma simples dor de cabeça, e isso limita a importância e o acesso ao tratamento devido e com especialista. [...] Ao vencer essa barreira inicial e acessar ao especialista, temos limitações em relação a essas terapêuticas novas que ainda não tem disponibilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como a toxina botulínica. E não precisamos nem falar sobre as mais recentes – os triptanos, medicações de fase aguda há muito disponíveis no mercado, não são disponibilizados de forma gratuita e isso pode impactar no orçamento de muitos pacientes que necessitam de tal droga. Além disso, a cada dia, entendemos mais a importância de um tratamento integrado com outras especialidades não médicas, como educador físico, psicologia, odontologia, fisioterapia... e esse é outro grande problema de acesso. Faltam centros de atendimento integrados em cefaleia onde o doente é avaliado por diversas especialidades como é visto em centros internacionais. No entanto, vale frisar que temos sim muito a fazer pelo paciente com o disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e acredito que isso só deverá crescer nos próximos anos.*

**Quais ganhos, em qualidade de vida, um paciente que sofre de migrânea pode ter ao buscar assistência médica especializada?**

*Qualidade de vida é sem dúvidas o maior objetivo do tratamento em enxaqueca. Estamos falando de uma das principais causas de anos com incapacidade entre o adulto jovem. Incapacidade significa que a enxaqueca, segundo dados brasileiros, é uma das principais causas de absenteísmo, dias de trabalho perdidos e presenteísmo com produtividade reduzida. Além da esfera econômica, a enxaqueca impacta na vida social, na relação conjugal, nas relações familiares, entre outros. São diversos momentos importantes da vida do paciente perdidos com dor. Em pesquisas recentes, mais da metade dos pacientes com enxaqueca referem que a doença impacta a vida conjugal ou a relação com os filhos. É o paciente que deixa de comparecer a um almoço de família devido à crise de enxaqueca, é uma mulher jovem que se priva de comer chocolate por medo de dor de cabeça...*

## **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: DO GOLPE DIVINO À REPERFUSÃO**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) – conhecido popularmente como “derrame” – é a segunda doença que mais mata e a primeira mais debilitante no mundo. Não bastando a agressividade, essa condição é marcada pela alta prevalência. Segundo estudo realizado pelo Global Burden of Disease (2016, p. 2429), o risco de se ter AVC ao longo da vida é de 24,9% em pessoas acima dos 25 anos. É como dizer que, em um grupo de 4 amigos jovens, 1 deles será acometido pelo AVC em algum momento entre o presente e o fim de suas vidas.

Desde a Antiguidade, a clínica do AVC estava inclusa em uma síndrome complexa chamada apoplexia. Hipócrates, condecorado pai da Medicina, descreveu essa síndrome pela apresentação catastrófica: perda de consciência, de força e de sensibilidade. Storey e Pols (2009, p. 401-415) trazem em seu capítulo de história da Neurologia que, para o historiador Francis Schiller, o primeiro sinônimo para isso no Dicionário Inglês de Oxford de 1599 é dado como “God’s stroke”, traduzido como “golpe das mãos de Deus”. (SCHILLER, 1970) A crença era de que essa condição era uma intervenção divina, como se o paciente fosse atingido por um relâmpago ou pela “mão de Deus”.

Giuseppe Ferrario (1802-1870), médico e estatístico italiano, foi pioneiro na investigação da epidemiologia do AVC (nomeado de apoplexia em seu tempo). Ele conduziu um estudo retrospectivo com mais de 13 mil pacientes que morreram de “apoplexia” nos últimos 84 anos, na busca por desvendar a causa da doença. Cruzando dados sociais, geográficos, políticos e econômicos, muitas hipóteses foram aventadas a partir desse estudo. Como consequência, não apenas a história da bioestatística e da epidemiologia, mas também a história da Neurologia teve sua ascensão marcada por essa extensa pesquisa.

O nome “Acidente Vascular Cerebral” surgiu recentemente, na década de 1930, à medida que as teorias relativas à etiologia vascular da condição foram conquistando maior aceitação na comunidade científica. Interessante notar que “stroke”, em tradução livre para o português, “golpe”, soava não científico e insensível para uma família que via um ente querido à beira da morte ou da dependência funcional em caso de sobrevivência. Em razão disso, associado a outros fatores, essa transição de nomenclatura ganhou força em solo internacional e o termo Acidente Vascular Cerebral foi sendo popularizado.

Anos adiante, o termo “acidente” passou a ser desencorajado dentro da comunidade médica. Ao contrário do que está bem estabelecido na literatura científica, a impressão gerada por essa palavra é de que o evento aconteceu por acaso do destino, de forma aleatória, por azar. Hoje se sabe que hipertensão, diabetes, colesterol alto e sedentarismo, entre outros fatores, cultivam corpos propensos a



desenvolverem doenças cerebrovasculares, uma vez que elas aumentam o risco cardiovascular – por isso, não é ao acaso que se tem o AVC.

Apesar dos avanços no reconhecimento dos fatores de risco e prevenção, as doenças cerebrovasculares se mantêm firmes no indesejado pódio das doenças que mais matam no mundo. Foram séculos de niilismo e décadas de falhas em terapias neuroprotetoras até que a ciência ultimamente conseguiu trazer mais luz e esperança a esse cenário antes sombrio. Em 1986, um estudo publicado na revista *Stroke* da American Heart Association trouxe a descoberta em ratos de que, após a oclusão de alguma artéria cerebral, é formada uma região infartada (morta) e, em seu entorno, existe uma área denominada “penumbra isquêmica”. Ela não está ativa, mas também não está morta – trata-se de tecido cerebral eletricamente inativo, mas que, uma vez retomado o suprimento sanguíneo, voltará a funcionar, recuperando ao menos parcialmente o déficit neurológico. Confirmando essa hipótese em humanos, estudos posteriores deram início ao desenvolvimento das terapias de reperfusão cerebral, como a trombólise e, mais recentemente, a trombectomia mecânica.

## **PARALISIA DE BELL: ENTRE O VENTO, O FRIO E AS EVIDÊNCIAS**

Em meio à maior crise de saúde pública do século XXI, circula nas redes sociais a publicação de uma autodeclarada enfermeira americana alegando que a vacina contra o coronavírus causa paralisia facial. Em resposta, o Federal Drug Administration (FDA) – agência reguladora dos Estados Unidos – esclarece que não existe comprovação alguma de associação entre a referida vacina e a doença.

O ano é 2021 e o acesso à informação nunca foi tão amplo. Para os mais de 140 milhões de brasileiros com acesso à internet, basta alguns cliques para estar a par do que acontece do outro lado do globo. Mas, apesar disso, cada passo dessa evolução parece plantar a semente de um potencial risco equivalente ou superior. Notícias falsas, nesse sentido, captam, sem merecer, a atenção geral. Contudo, abre-se espaço para navegar em um tema pouco visto e conhecê-lo mais a fundo.

Segundo o portal da Universidade Johns Hopkins (2021, p. 1), a paralisia de Bell é um episódio de fraqueza da musculatura facial que afeta metade do rosto e não tem causa definida, começando subitamente e piorando ao longo de 48 horas. Essa condição melhora espontaneamente em dias ou semanas na maioria dos pacientes e, raramente, permanece como seqüela.

De acordo com Sajadi, Sajadi e Tabatabaie (2011, p. 174), em artigo da revista *Neurology*, o nome “paralisia de Bell” foi cunhado em referência ao anatomista e cirurgião britânico Sir Charles Bell (1774-1842). Ele descreveu o papel do nervo craniano facial e sua relação com a paralisia facial periférica e atraiu a atenção

médica para esta patologia. Entretanto, a homenagem da nomenclatura não pode esconder o papel das descobertas progressivas.

Bell não descobriu a paralisia que leva seu nome. Médicos gregos e romanos, séculos antes, registraram suas observações sobre espasmos e distorções da face, construindo a primeira literatura sobre o tema, apesar da heterogeneidade com que era definida a paralisia facial. A distorção facial pode ser explicada tanto pelo espasmo unilateral quanto pela paralisia contralateral e os registros antigos confundiam esses cenários na definição do quadro.

Com a queda do Império Romano, muito conhecimento se perdeu. Contudo, a tradução para a língua síria foi realizada por empenho de cristãos nestorianos e, graças a esses esforços, esses textos antigos se preservaram, sendo referenciados em obras sucessivas.

O médico persa Abu al-Hasan Ali ibn Sahl Rabban al-Tabari (?-870 d.C.) foi o primeiro a realizar uma descrição precisa da paralisia facial periférica. Em seu trabalho *Ferdos-ol Hokame*, Tabari escreve: “Se metade da face se torna paralisada, esta vai ser torcida para o lado saudável, porque os músculos *que estão saudáveis são fortes e puxarão os músculos paralisados em direção a si*”. Ele traz a ênfase na paralisia de um lado inteiro da face como uma síndrome isolada, distante do envolvimento de espasmos ou do acompanhamento de outros distúrbios neurológicos. Dessa forma, Tabari parece trazer a primeira descrição acurada da paralisia facial periférica.

Posteriormente, Abu Bakr Muhammad ibn Zakariya Razi (865-925 d.C.), contemporâneo de Tabari, incrementou a literatura com extenso relato sobre a paralisia facial trazendo a sua apresentação bilateral, especificando as diferenças em relação ao espasmo facial e chamando atenção para a distinção entre a paralisia facial periférica e central. Trouxe também uma análise de prognóstico ao notar que os pacientes com sintomas de lesão cerebral, como perda de consciência e dificuldade de movimentar outras partes do corpo, apresentavam taxas mais altas de óbito.

Ele registrou ainda tratamentos que utilizava em seus pacientes e que notava sendo utilizado por outros, envolvendo desde “massagens até a vermelhidão da pele” a flebotomia. Contudo, semelhante ao que se entende atualmente, ele revelou naquela época sua percepção sobre o curso autolimitado da condição: “Já vi mais de um caso de distorção facial em que o paciente não descansava de forma alguma em casa, não ficava no escuro, continuava com sua rotina diária e melhorava”.

A Medicina moderna apresenta várias patologias como possíveis causas de paralisia facial periférica, de infecções a tumores. No entanto, a maioria dos casos não tem uma causa identificável, e essa “brecha” abriga crenças populares, hipóteses científicas e conselhos de avós. Quem nunca ouviu dizer que o sujeito que à

casa chega quente e suado não deve abrir a geladeira, assim como o que se banhou em águas quentes não pode se expor ao vento da varanda, pois caso contrário estará em alto risco de ter a face deformada?

É inegável o impulso de, ao ouvir esses conselhos, atribuí-los à credencial de crença ignorante. Entretanto, um estudo observacional realizado em vários centros médicos na Alemanha traz um convite a repensar essa postura. O trabalho de Franzke e demais autores (2018, p. 207), publicado na revista *Neuroepidemiology*, analisa retrospectivamente a associação entre a variação umidade, temperatura, pressão atmosférica e o risco de paralisia facial.

Em respaldo à teoria anciã, os resultados mostram que condições climáticas podem estar associadas ao risco da doença. Todavia, é pertinente ressaltar as limitações do estudo, que em seu caráter retrospectivo não permite estabelecer que essas condições são a causa da paralisia. Seu valor, afinal, reside em reforçar a validade da hipótese da variação térmica ou de outros parâmetros meteorológicos como possíveis causas. Sendo melhor prevenir do que remediar, a menor lição que se tira dessa leitura é que vale ao menos respeitar as orientações de precaução advindas das gerações acima.

## **INFLUÊNCIAS ESTRANGEIRAS E FORTALECIMENTO DA NEUROLOGIA BAIANA E BRASILEIRA**

Falar da Neurologia baiana e brasileira é lembrar de suas raízes fortemente influenciadas pelos franceses, principalmente Charcot, Pierre Marie e Babinski. Isso fica evidente ao considerar que, para se formar na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), era necessária a apresentação de uma tese com tema definido pela própria faculdade. (SALES; MELO, 2007) Dentre essas teses, diversas possuíam temas relacionados à saúde mental e eram muito influenciados por trabalhos estrangeiros (de maioria francesa) que, além de adentrar na etiologia e terapêutica, ainda desenvolviam considerações anatômicas. (ROCHA, 2004)

No século XVIII, o estudo neurológico no Brasil era, então, muito influenciado pela Psiquiatria, sendo instituído em 1882. Por meio do Decreto nº 3.141 foi criada a disciplina de Doenças Nervosas e Mentais nas faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, sendo que a separação das duas matérias só foi realizada plenamente no século XX, com a criação da disciplina de Clínica Neurológica na FMB em 1914 e o primeiro nome grandioso sendo o do dr. Luís Pinto de Carvalho. (ROCHA, 2004; SALES; MELO, 2007)

A Medicina brasileira era guiada por essas duas grandes escolas médicas, e com a Neurologia não foi diferente. A partir da criação dessa disciplina nas faculdades e a modernização da Neurologia no Brasil no início do século XX, grandes nomes

oriundos dessas escolas tomaram a liderança para que o Brasil fosse reconhecido como um dos polos em Neurologia e neurocirurgia do planeta. (CERQUEIRA, 2015; SALES; MELO, 2007)

Um desses nomes é o do falecido dr. Antônio Austregésilo Rodrigues Lima, considerado por muitos o criador da Neurologia no Brasil, que reforçou a influência da França por ter conhecido os serviços franceses de Pierre Marie, Babinski e Dejerine. Além de ser reconhecido por ter sido um grande estudioso em distúrbios de movimento, o dr. Austregésilo ainda foi o primeiro doutor titular da cadeira de Neurologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e incentivou a criação da neurocirurgia brasileira. (CERQUEIRA, 2015)

Na Bahia, um nome que se destacou foi o do ilustre Juliano Moreira, psiquiatra e professor titular da cadeira de doenças nervosas e mentais. O dr. Juliano Moreira foi um dos primeiros idealizadores de uma sociedade nacional de Neurologia, que mediante sua criação levou o nome de Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, em 1907. Os principais objetivos para a criação dessa sociedade eram o aprimoramento das neurociências no Brasil e a exportação de trabalhos brasileiros para congressos mundiais (como já acontecia na Psiquiatria). (DUNNINGHAM, 2008)

Com a criação da sociedade, o início do século XX foi marcado pelo avanço na modernização da Neurologia baiana, sendo importante para a introdução da área como uma especialidade na Medicina brasileira e deixando de ser tema para médicos generalistas. Foi também nessa época que o dr. Austregésilo (já professor de Neurologia como cadeira separada da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro) conheceu os serviços de Neurologia dos Estados Unidos da América, retornando com visão inovadora e implementando o que aprendeu no Rio de Janeiro e no restante do Brasil. (CERQUEIRA, 2015)

Outra escola que fortemente influenciou a Neurologia brasileira foi a inglesa, surgindo pouco após a francesa, tendo como principais representantes Wilson, Sherrington, Russel e trabalhos com foco em neurofisiologia que serviram de base para periódicos brasileiros no assunto. (FURTADO, 1953)

O início do século XX serviu, então, para o crescimento da Neurologia no Brasil, que acompanhava a Medicina brasileira na criação de novas escolas médicas. Exemplo disso foi a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, criada com forte influência norte-americana e tendo parte de seus professores de Neurologia treinados com o dr. Austregésilo no Rio de Janeiro após seu retorno do período que passou nos Estados Unidos. (DUNNINGHAM, 2008)

Vale ainda a recordação da influência alemã na Neurologia baiana, principalmente na primeira metade do século XX – no período posterior à Primeira Guerra Mundial –, como parte da política cultural estabelecida de fortalecimento alemão

em países da América Latina. Essa relação foi bastante direcionada pela Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, havendo intercâmbios frequentes entre brasileiros e alemães. Destaca-se aqui a passagem de Ulysses Vianna pelo Instituto Neuro-Biológico de Oskar Vogt, em Berlim, onde eram realizados diversos trabalhos em citoarquitetura do sistema nervoso, influenciando Vianna a consolidar trabalhos semelhantes no Hospício Nacional. (CERQUEIRA, 2015; DUNNINGHAM, 2008)

A aproximação germânica ficou ainda mais evidente ao considerarmos que, na década de 1920, não existia uma instituição que fomentasse pesquisas científicas em Neurologia no Brasil. Com isso, os membros da Sociedade Brasileira de Neurologia, liderados por Juliano Moreira e influenciados pelos alemães e sua sociedade Kaiser Wilhelm, criaram a Fundação Juliano Moreira para servir de base e fomento em pesquisas no âmbito das neurociências. Digno de nota é o trabalho desenvolvido por Aristides Leão, já na década de 1940, com seus estudos sobre depressão cortical alastrante de Leão (“onda de Leão”) na neurofisiologia da enxaqueca, algo que é estudado até hoje como parte da fisiopatologia dessa doença. (DUNNINGHAM, 2008)

A influência alemã também foi forte no Rio de Janeiro com a criação do curso de Neuropatologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde o professor Alfons Maria Jakob foi chamado para ministrar aulas em 1928. Essa ocasião contribuiu para levantar o nome da Neurologia brasileira ao mundo, sendo mais frequentes os intercâmbios de brasileiros visitando a República de Weimar e levando uma mistura dos conceitos franceses e do nosso tropicalismo em Neurologia para os alemães. (DUNNINGHAM, 2008)

Esse foi um período de crescimento da Neurologia brasileira e baiana, com os holofotes especialmente voltados ao dr. Juliano Moreira que frequentemente visitava a Europa para premiações e apresentações de seus muitos trabalhos nas áreas de Psiquiatria e Neurologia. Em 1929, ele chegou até a receber o título de membro honorário da Sociedade Berlinesa de Neurologia e Psiquiatria. (DUNNINGHAM, 2008)

Na década de 1930, os franceses voltam a ganhar força dentre os neurologistas brasileiros em decorrência da morte de Juliano Moreira e Ulysses Vianna, que eram muito mais ligados aos germânicos que o dr. Austregésilo Rodrigues – é digno de nota que ele até tentou manter os laços, mas sua ligação com os franceses e americanos era claramente mais forte. (DUNNINGHAM, 2008) Ademais, em 1932, o professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Paris, George Guillain, veio ao Brasil para a apresentação de conferências sobre a compreensão vascular da medula e lesões traumáticas da medula espinhal, alicerces do crescimento dos traumas neurológicos no Brasil. (CERQUEIRA, 2015)

Após o período de ainda mais afastamento dos germânicos pela política nazista e no período pós-Segunda Guerra Mundial, a Neurologia brasileira voltou a

entrar em evidência no cenário mundial depois da criação da Academia Brasileira de Neurologia (ABN), em 1962. Esse foi um passo muito importante para o futuro da Neurologia na segunda metade do século XX porque, a partir de então, passamos a ter um órgão que representava a especialidade junto à Associação Médica Brasileira (AMB) e que passou a representar o Brasil na World Federation of Neurology (Federação Mundial de Neurologia). (CERQUEIRA, 2015)

A função da ABN sempre foi a de promover o desenvolvimento da Neurologia brasileira, ajudando, desde a sua criação, a focar os esforços nessa área e em suas subdivisões. Dessa maneira, a ABN foi de contribuição importante para o estabelecimento das subespecialidades da Neurologia, ajudando a enfim separá-la da Psiquiatria e da neurocirurgia. Com a reforma educacional universitária de 1968, o ensino da Neurologia no Brasil (e, em especial, na Bahia) modificou-se, havendo a inserção de cada vez mais subespecialidades e sua consolidação, a exemplo da neuropediatria. (CERQUEIRA, 2015)

Ainda no contexto do ensino, em 1991 a matéria de Neurologia deixou de ser disciplina obrigatória na FMB e, com isso, afastou a Neurologia baiana dos holofotes no cenário nacional mediante menor incentivo para a formação de especialistas na área. (SALES; MELO, 2007)

Na realidade brasileira atual, essa especialidade ainda carrega a influência internacional (principalmente francesa e americana), herança deixada do século XX. Com o avanço tecnológico, principalmente no âmbito da radiologia, essa aproximação ficou cada vez mais evidente, sendo muitas das referências de serviços mundiais advindas desses dois países.

## **SOBRE AS MINORIAS E A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA NEUROLOGIA CONTEMPORÂNEA**

Com a frase emblemática “Não se nasce mulher, torna-se mulher”, contida no livro *O segundo sexo*, de Simone de Beauvoir, escritora e filósofa existencialista, é trazida a reflexão sobre o processo de construção do papel social no qual a mulher é encaixada pela sociedade. Educação acadêmica e introdução no mercado de trabalho tardias determinaram o perfil da mulher contemporânea que começou a ser construído.

Contudo, apesar de ter sido a curtos passos, o mundo já assiste a uma crescente feminização profissional – observa-se que, ao longo das últimas décadas, há uma tendência significativa de crescimento da presença feminina na Medicina brasileira: na década de 1990, as mulheres compunham 30,8% da população médica; em 2015, as médicas já somavam 42,5%; e, em 2020, os homens representavam 53,4% da população de médicos e as mulheres, 46,6%. Nos grupos mais jovens, abaixo de 29 anos e entre 30 e 34 anos, as mulheres médicas já são maio-

ria: 58,5% e 55,3%, respectivamente. No entanto, dentro da Neurologia, ainda há uma disparidade entre os sexos: 57,5% de homens contra 42,5% de mulheres. (SCHEFFER, 2020)

Infelizmente, essa lacuna também é refletida na desproporção de autoria de artigos científicos publicados em revistas de Neurologia, por exemplo. (PAKPOOR; LIU; YOUSEM, 2018) Além da questão feminina, outras questões sociais como a baixa presença de negros nas faculdades de Medicina e os estigmas das doenças neurológicas ainda são desafios a serem enfrentados. É de suma importância perceber o quanto o nosso passado machista, elitista e escravocrata ainda deixa sua marca na Medicina brasileira atual, mais especificamente na área da Neurologia.

### **Entrevista com Renata Paolilo, médica neurologista infantil do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)**

#### **Em relação à participação feminina na Medicina, como era a participação feminina na sua época de graduação?**

*Bom, durante a minha faculdade, fiquei na Universidade Federal da Bahia (UFBA) de 2006 a 2011. A minha turma tinha 20% de mulheres. Foi uma das turmas daquele período, de dois anos para cima e de dois anos para baixo, que tinha a menor porcentagem de meninas, e isso foi uma coisa que me incomodou muito. Mas isso vem mudando muito nos últimos anos. Na minha época de faculdade, o nosso contato com a Neurologia era muito pobre – eu tive, no máximo, quatro aulas de Neurologia durante toda a minha graduação. Tudo que aprendi de Neurologia foi porque eu gostei e fui atrás, por fazer parte da liga [Liga Acadêmica de Neurologia – LAN-UFBA] e tudo, mas eu me lembro de ter tido uma aula de cefaleia, aula de AVC e aula de epilepsia. A gente tinha uma neuropediatra que era a dra. Rita Lucena, inclusive, foi quem deu a aula de cefaleia, salvo engano, e só. No meu rodízio de Pediatria [internato], também não tive contato com nenhuma neuropediatra. Na própria liga, os nossos preceptores eram todos homens: dr. Pedro, dr. Jamary e quem colaborava também, o Guilherme, o André Muniz e Murilo, eram todos homens. O ambiente da Neurologia sempre foi um ambiente muito masculino e ainda é, se a gente olha para a Academia Brasileira de Neurologia. Mas na faculdade, especificamente [...], tive infelizmente uma turma que era predominantemente masculina, embora essa não fosse, de fato, a realidade da faculdade, mas foi a minha realidade, e na Neurologia os contatos com os professores e os colegas que tinham interesse por Neurologia eram predominantemente homens. Da minha turma, por exemplo, fomos quatro pessoas que fizemos parte da LAN e coincidentemente eram três meninas e um menino [risos]. Eu acho que foi a época que teve mais meninas na Liga Acadêmica de Neurologia (LAN), então foi bacana nesse sentido.*

**E a senhora teve alguém como fonte de inspiração? Alguma mulher, alguma professora ou médica que a senhora teve contato durante o processo de graduação?**

*A minha fonte de inspiração sempre foi o dr. Jamary [risos]. Fiz iniciação científica com a dra. Isabel Carmen, que é pediatra, e ela foi maravilhosa. Me ensinou muito de várias coisas do ponto de vista de pesquisa e do ponto de vista de ser uma mulher médica e pediatra. Então foi muito bacana esse contato com ela, mas foi um contato mais tardio na minha graduação. Numa fase que, talvez, tenha sido o laço maior de exemplo, sem dúvida, foi o Jamary que me deu [risos]. Não tive mais nenhuma outra mulher que tenha me inspirado tanto, infelizmente.*

**Em relação à Neuropediatria, como era a participação feminina durante a o processo de residência e agora também, na atuação?**

*Na residência, o que é que acontece: a neuropediatria é diferente das outras subespecialidades da Neurologia, porque você pode vir da Pediatria da Neurologia e, dentre as especialidades médicas que têm mais mulheres, a Pediatria, sem dúvidas, é a que tem mais mulheres, então a Pediatria é um ambiente extremamente feminino. A minha turma de residência de Pediatria eram 40 vagas e, salvo engano, eram 13 homens, o restante eram todas as mulheres, então é um ambiente predominantemente feminino nos dias atuais. Por conta disso, como a neuropediatria drena muitas pessoas da Pediatria, acaba que o ambiente da neuropediatria é o mais feminino dentre todas as subespecialidades da Neurologia.*

*No primeiro ano da residência de Neurologia Infantil, nós rodamos todos juntos: neurocirurgiões, neurologistas clínicos de adultos e neuropediatras. Éramos quatro residentes neuropediatras, meio a meio, dois meninos e duas meninas. Já na Neurologia Clínica eram doze residentes: quatro meninas e oito meninos e na neurocirurgia, eram seis e só tinha uma menina. Então dá para ter uma ideia de que a neuropediatria já é um ambiente mais feminino. Inclusive a nossa professora titular da neuropediatria é uma mulher, enquanto os professores titulares da Neurologia e da neurocirurgia são dois homens. Felizmente, a neuropediatria é um ambiente em que a mulher tem mais expressividade, por ser também considerada uma subespecialidade pediátrica e a Pediatria ter mais expressividade feminina.*

**Durante a sua carreira profissional percebeu alguma alteração no que diz respeito à participação feminina na Neurologia? As mulheres têm mais interesse agora na Neurologia do que antes?**

*Acredito que sim. Isso vem mudando, consigo perceber essa mudança [...], por exemplo, nos congressos de Neurologia; sempre fui para o Congresso Brasileiro de Neurologia, agora você vê que tem mais palestrantes mulheres, mais mulheres residentes de Neurologia... e sobre as últimas publicações desse tópico, outro dia eu vi, coincidentemente, que o maior congresso que existe, que é o da Academia Americana de Neurologia, só teve historicamente, duas presidentes mulheres – e como é um congresso anual, já deve existir há mais de 40 anos – e só por dois anos, teve uma mulher presidindo, inclusive o deste ano, no formato virtual, foi uma mulher. Mas pela primeira vez eles atingiram*



*uma porcentagem superior a 40% de palestrantes femininas, então a gente vê que existem mais mulheres interessadas pelo campo da Neurologia, o qual foi um ambiente sempre muito masculino. Então não é só no Brasil, isso fora do Brasil também. Infelizmente, por exemplo, neurocirurgia, eu não acho que isso tenha mudado nos últimos anos, porque, para além da questão da Neurologia, a neurocirurgia é uma especialidade cirúrgica e a gente sabe que especialidade cirúrgica ainda tem todo o preconceito a mais.*

*O campo da Neurologia vem se abrindo muito, existe uma gama de possibilidades de você trabalhar na sua vida: pode só fazer exames, ser eletroencefalografista, eletroneuromiografista... às vezes, muitas mulheres se afastam de especialidades que são muito pesadas, com uma doação grande e onde há a incompatibilidade com a vida de mãe, de cuidar de outras coisas que a mulher tem interesse. Essa possibilidade de fazer subespecialidades dentro da Neurologia, que te permitem não estar de plantão, não trabalhar somente unidade de AVC, por exemplo, que permite que a mulher se insira mais dentro da Neurologia, é uma crescente que vem acontecendo e que vai continuar assim, espero.*

## **NEUROLOGIA E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

### **Entrevista com Jamary Oliveira Filho, médico neurologista, subespecialista em doenças cerebrovasculares**

**Em relação à abordagem médico-paciente no caso, como é o processo de conversa, em especial na sua área maior interesse – as doenças cerebrovasculares – dentro da Neurologia? Em um primeiro momento, existe um choque muito grande da família do paciente, carga emocional muito forte envolvida pelo predomínio de doenças incapacitantes?**

*Diria que isso ocorre em fases. Tanto do ponto de vista histórico, como a depender da fase da internação, esse tipo de conversa vai se modificar com o tempo, então vou dividir essa resposta em duas partes. A primeira, histórica: essa visão niilista vem se modificando, inclusive na população. As campanhas publicitárias, de educação, sobre sinais de alerta de um AVC, de que é uma doença tratável, que precisa de uma intervenção imediata, realmente ganharam corpo. Se vê menos hoje do que víamos no passado, aquele fenômeno do paciente começar a ter um sintoma de AVC, ficar em casa, ligar para o médico dele e dizer “Eu vou dormir aqui, ver se amanhã acordo melhor”. A gente via muito isso acontecer e perder a chance de ser tratado na fase onde o tratamento é mais eficaz.*

*Aqui em Salvador, por exemplo, temos um serviço chamado de “devolutiva” para os pacientes que internaram para AVC e todo final de ano, realizamos uma série de palestras no Dia Mundial do AVC que são de cunho educativo: como evitar que tenha o próximo; como fazer reabilitação, com uma fono [fonoaudiologista] que dá uma aula sobre a alteração de deglutição e linguagem, uma nutricionista que fala sobre qual é a melhor alimentação para evitar um AVC, uma fisioterapeuta que fala sobre o posicionamento*

*e reabilitação motora no AVC e eu falo um pouquinho sobre o tratamento medicamentoso. E depois das aulas geralmente têm depoimentos de pacientes que sofreram AVC, para mostrar para os outros como é que foi o processo de tratamento e o enfrentamento deles da realidade. É um dia bem interessante, com várias surpresas, de casos de superação onde o paciente passou pelo processo de se adaptar a uma sequela de um AVC e essa sequela ir reduzindo com o passar do tempo, o que geralmente acontece mesmo.*

*Em relação à abordagem do paciente, na etapa inicial, existe muito medo, tanto do desfecho fatal, quanto da sequela grave. Então, quando a gente faz um tratamento rápido, o qual está presente na maioria dos hospitais em que eu atuo hoje, geralmente o familiar fica bem agradecido do tratamento que você instituiu. [...] A nossa meta de tempo porta-agulha, ou seja, o tempo entre o paciente fazer a primeira chegada na porta do hospital e receber o tratamento de reperfusão, é de 60 minutos. Mas na maioria dos centros, é menos do que isso: primeira imagem de tomografia, em 20 minutos, o paciente já consegue fazer – esse tempo incluindo a primeira avaliação médica, colher exame etc. e depois levar para o tomógrafo [aparelho que faz tomografia] e o paciente já saber o diagnóstico. O fato de ser um tratamento bem veloz passa a impressão e a certeza, para o familiar que está vendo aquilo acontecer, de que estamos dando atenção ao paciente. Isso é super importante, porque uma das coisas que mais dificulta a comunicação médico-paciente é o paciente ou familiar achar que você não deu a prioridade devida à uma doença que é grave. Logo, quando você atua rápido e a família vê isso acontecer na prática, geralmente, ela fica muito agradecida ao processo, mesmo que ele dê errado. Vamos combinar que os tratamentos, na maioria das vezes, eles dão certo – mas por melhor que seja o serviço, tem alguns que dão errado e o fato de explicar os riscos/benefícios no meio do caminho ajuda que a família entenda e participe do processo junto com a gente.*

*O familiar participa ativamente de cada etapa da decisão e isso é uma mudança de paradigma, porque, antigamente, o médico era muito paternalista – de não compartilhar decisões com familiar, de ser o detentor total do conhecimento – e, hoje em dia, eu diria que isso mudou bastante. Chega o paciente com AVC agudo, você leva o familiar junto com o paciente para o tomógrafo. Lá no tomógrafo, depois que fechou que foi um AVC mesmo, você chega para o familiar e para o paciente, se este tiver condição de opinar, e expõe quais são os riscos e benefícios do tratamento. Ele vai decidir junto com você – você não vai se isentar da decisão, você vai recomendar um tratamento e ele sabe que tem a opção de negar o tratamento que você está oferecendo para ele. Isso ajuda muito na relação médico-paciente, ele sentir que participou do processo da decisão. [...] Depois que passou essa fase, vem o medo da sequela, é o medo de não poder voltar a trabalhar... de não poder... esse “não poder” envolve várias coisas: “ah, eu não vou poder voltar a correr”, “eu não vou poder voltar a trabalhar na minha atividade profissional como eu trabalhava antes”, eu não vou poder namorar como eu namorava antes”. Essa dúvida, ela é difícil de lidar e cabe à gente, numa conversa franca, ir expondo ao paciente as certezas e incertezas que nós temos: “olha, você não está conseguindo andar agora, mas, em média, os pacientes conseguem três meses depois voltar andar com o nível de déficit que você está agora... vai ser um processo difícil, você vai precisar de uma reabilitação bem*

*feita, com fisioterapeuta e terapia ocupacional, então isso será necessário para você voltar a andar, mas a maioria dos pacientes na sua situação conseguem voltar a andar, então você pode ter essa esperança de que isso aconteça”. Claro que existem aqueles casos sensacionais, os quais já saem sem seqüela e, mesmo nestes casos, é impressionante como há o medo de recorrência. Às vezes, aquele indivíduo nunca tinha tido nada, tem um AVC e recupera tudo, mas fica aquele medo “Meu Deus, e se isso voltar a acontecer comigo?”. E aí cabe ao médico dizer “olha, mas você estava sedentário, não estava com alimentação correta, não estava com essas medicações que a gente escolheu para você para evitar outro AVC e isso vai proteger você – claro que não 100%, porque a vida não é 100%, mas vai proteger boa parte dos casos de recorrência do AVC e então, com o passar do tempo, você vai ter segurança de que isso não vai voltar a acontecer”.*

*Essa tensão também é essencial para o paciente entender a gravidade do que ele teve e participar do processo de transformação que ele vai precisar passar. É sempre mais fácil o paciente aderir ao uso do remédio, mas a parte mais difícil na Medicina, é o paciente aderir a mudanças de hábito [...]: o paciente obeso perder peso, o paciente que adora uma alimentação no fim de semana, churrasco, fritura, gordura etc., ele modificar isso, essa é a parte mais difícil. Parar de fumar, passar a fazer uma atividade física regular... essas mudanças conceituais são o principal desafio do médico – convencer o paciente que isso também é essencial. Eu não vou dizer de que nada adianta você usar AAS, clopidogrel, uma estatina e um anti-hipertensivo, isso também funciona, mas se o indivíduo continuar a fumar, ele vai ter outro AVC, então é esse tipo de hábito que tem que estimulado para que esse paciente mude e essa tensão inicial é parte do processo de convencimento do paciente.*

## REFERÊNCIAS

AMINOFF, M. J.; BOLLER, F.; SWAAB, D. F. *Handbook of Clinical Neurology*. 3. ed. [S. l.]: Elsevier, 2009. (History of Neurology, v. 95). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S007297520802126X>. Acesso em: 26 jun. 2021.

BELL'S PALSY. *Johns Hopkins Medicine*, 2021. Disponível em: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/bells-palsy>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BLADIN, P. F.; EADIE, M. J. Medical Aspects of the History of Epilepsy. In: PANAYIOTOPOULOS, C. P. (ed.). *Atlas of Epilepsies*. London: Springer, 2010. p. 27-33. Disponível em: [https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-1-84882-128-6\\_6#citeas](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-1-84882-128-6_6#citeas). Acesso em: 29 jun. 2021.

CERQUEIRA, E. A perícia médico-legal e o ensino: dissidências e discussões na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 641-649, jun. 2015.

DUNNINGHAM, W. Juliano Moreira: notas sobre sua vida e sua obra. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 1, p. 72-75, jan./jun. 2008.

FRANZKE, P. *et al.* Weather, weather changes and the risk of Bell's Palsy: a multicenter case-crossover study. *Neuroepidemiology*, [s. l.], v. 51, n. 3-4, p. 207-215, Sept. 2018.

FURTADO, D. Neurologia: posição actual e perspectivas de futuro. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 170-181, jun. 1953. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/3FyjJkLh79msPtnCz5mm5Qw/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2021.

MAGIORKINIS, E. *et al.* Headaches in antiquity and during the early scientific era. *Journal of Neurology*, [s. l.], v. 256, n. 8, p. 1215-1220, Mar. 2009. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00415-009-5085-7>. Acesso em: 26 jun. 2021.

MATEEN, F. J.; BOES, C. J. "Pinheads": the exhibition of neurologic disorders at "The Greatest Show on Earth". *Neurology*, [s. l.], v. 75, n. 22, p. 2028-2032, Nov. 2010. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/75/22/2028>. Acesso em: 14 jun. 2021.

PAKPOOR, J.; LIU, L.; YOUSEM, D. A 35-year analysis of sex differences in neurology authorship. *Neurology*, [s. l.], v. 90, n. 10, p. 472-475, Mar. 2018.

RIVA, M. A. *et al.* Giuseppe Ferrario and the epidemiology of apoplexy during the 19th century. *Neurology*, [s. l.], v. 79, n. 10, p. 1056-1059, Sept. 2012.

ROCHA, N. M. D. *et al.* A Faculdade de Medicina da Bahia no século XIX: a preocupação com aspectos de saúde mental. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 74, n. 2, p. 103-126, jul./dez. 2004.

SAJADI, M. M.; SAJADI, M.-R. M.; TABATABAIE, S. M. The history of facial palsy and spasm. *Neurology*, [s. l.], v. 77, n. 2, p. 174-178, July 2011.

SALES, F.; MELO, A. Ensino da Neurologia na Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 234-236, jul./dez. 2007.

SCHEFFER, M. *et al.* *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2020.

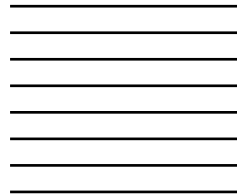
SCHILLER, F. Concepts of stroke before and after Virchow. *Bulletin of the History of Medicine*, Bethesda, v. 14, n. 2, p. 115-131, 1970.

STOREY, C. E.; POLS, H. A history of cerebrovascular disease. In: AMINOFF, M. J.; BOLLER, F.; SWAAB, D. F. *Handbook of Clinical Neurology*. 3. ed. [S. l.]: Elsevier, 2009. p. 401-415. (History of Neurology, v. 95).

THE GBD 2016 LIFETIME RISK OF STROKE COLLABORATORS. Global, regional, and country-specific lifetime risks of stroke, 1990 and 2016. *The New England Journal of Medicine*, [Waltham], v. 379, p. 2429-2437, Dec. 2018.

ZEIDMAN, L. A. Hans Jacob and brain research on Hamburg "euthanasia" victims. *Neurology*, [s. l.], v. 88, n. 11, p. 1089-1094, Nov. 2017. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/88/11/1089.long>. Acesso em: 14 jun. 2021.





## 2 HISTÓRIA DA ONCOLOGIA

*Cléssia Regina Santana da Encarnação  
Amanda dos Santos de Almeida  
Carolyne Sampaio Santiago Galindo Galvão de Moura  
Diego Lopes Paim Miranda  
Jackson Teixeira Santos*

### **O HISTÓRICO DO COMBATE AO CÂNCER NO MUNDO E NO BRASIL: UM BREVE RELATO**

O câncer é uma doença conhecida desde os primórdios da sociedade. Os primeiros relatos da sua existência provêm de papiros egípcios, datados de 2500 a.C. Todavia, a escola de Hipócrates, existente no século IV a.C., foi a primeira instituição que melhor caracterizou a doença. Descrevendo-a como tumor sólido e duro que reaparece depois de sua completa remoção, podendo inclusive reaparecer em

outras partes do corpo humano. Para a escola hipocrática grega o câncer ou *cirro* (como também poderia ser chamado), decorria do desequilíbrio dos fluidos do organismo. (MUKHERJEE, 2012; REIS, 2020; TEIXEIRA, 2009)

No território brasileiro, a primeira manifestação de preocupação científica e acadêmica deu-se no ano de 1904, a partir do trabalho intitulado “Frequência do câncer no Brasil”, pelo então profissional Azevedo Sodré. O estudo ocorreu entre os anos de 1894 e 1898 procurando estabelecer uma ligação entre o clima da Região Sul do Brasil com o câncer de útero. Para Sodré, existia uma relação direta entre temperaturas amenas e câncer. A partir de então, os profissionais de saúde intensificaram os estudos em relação à temática da Oncologia no cenário brasileiro. (MIRRA, 2005)

O segundo profissional médico no Brasil a trazer um estudo nesse sentido foi o paulista Olympio Portugal, que publicou suas inferências sobre o câncer no jornal então intitulado *O Brasil Médico*. No trabalho, Portugal afirmava que havia um alto número de acometidos pela doença no território nacional e que tal realidade precisava ser mudada, ressaltando o estado de São Paulo e Rio de Janeiro em suas indagações. Diferentemente de Sodré, Olympio afirmava que não havia relação entre o câncer e as condições de temperatura do ambiente, ou seja, os fatores geográficos ou climáticos não tinham qualquer impacto na incidência das neoplasias na população brasileira. (TEIXEIRA; FONSECA, 2007)

Apesar da constante preocupação dos profissionais de saúde e dos respectivos trabalhos que eram realizados, a primeira tentativa de criação de uma instituição específica de combate ao câncer adveio da iniciativa do médico Arnaldo Vieira de Carvalho. Conforme Teixeira (2009, p. 107):

Arnaldo Vieira de Carvalho, fundador e primeiro diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo, sugeriu à Sociedade de Medicina e Cirurgia daquele Estado, a elaboração de uma campanha para a criação de um instituto de radioterapia na cidade. Para a consecução de sua proposta foi nomeada uma comissão para levantar fundos para a nova instituição. O grupo não teve dificuldades em obter as primeiras doações, no entanto a morte de Arnaldo, em 1920, adiaría a inauguração do Instituto, que, embora constituído de direito em 1921, só iniciaria suas atividades em 1929, nas instalações do hospital central da Santa Casa da Misericórdia, caracterizando-se inicialmente como uma enfermaria especial para o tratamento de cancerosos.

Torna-se notável, portanto, que a filantropia foi peça motriz na criação das primeiras iniciativas para promoção de cuidado aos pacientes com câncer no Brasil. De forma análoga, no território baiano, o destaque para tal realidade adveio da tentativa de criação de uma instituição pública, a qual atenderia a parcela populacional mais vulnerável. Nessa direção, com o aumento progressivo da preocupação

e da atenção médica a esses pacientes, ocorreu a fundação da Liga Bahiana Contra o Câncer (LBCC) em 13 de dezembro de 1936 que marcou o território baiano tornando-o um dos maiores símbolos de luta contra o câncer no Brasil. (LANA, 2014)

Vale salientar que a implantação da LBCC foi um grande passo em direção não apenas à promoção de investimento contra o câncer na Bahia, mas também de informação aos profissionais e à própria população. Essa oportunidade ocorreu especialmente devido a implantação da instituição que proporcionou um espaço para essa discussão: o Hospital Aristides Maltez. (LANA, 2014)

## **O PROFESSOR ARISTIDES MALTEZ E O PERCURSO HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ**

A organização do Hospital Aristides Maltez (HAM) como espaço de controle do câncer pode ser entendida como um processo de institucionalização da cancerologia na Bahia. Sendo assim, esse processo decorre da construção de uma prática e de um discurso científicos, bem como a organização de estratégias de ação e de grupos profissionais para tal finalidade, tendo em vista a implantação, o desenvolvimento e a consolidação de atividades científicas num período específico. (LANA, 2014)

Aristides Pereira Maltez conquistou grande prestígio social como professor, cirurgião, ginecologista e obstetra. O professor presenciava, diariamente, o sofrimento das mulheres de baixa renda com câncer, principalmente o câncer de colo de útero, pois as vagas eram limitadas, a falta de orientação médica e o próprio medo da doença as faziam procurar ajuda tardiamente, contribuindo para a alta mortalidade da doença. Diante desse contexto, o professor e ginecologista se indignou com a situação de negligência social na qual essas mulheres se encontravam, resolvendo mobilizar a sociedade baiana para enfrentar o problema. (JACOBINA, 2021; SOUZA, 2014)

Mas foi em 1939, após um procedimento cirúrgico delicado realizado pelo dr. Aristides Maltez no interventor do estado da Bahia, Landulpho Alves de Almeida, que, em agradecimento, foram dados recursos que faltavam para compra da Chácara Boa Sorte, no bairro de Brotas, onde, em 20 de outubro de 1940, foi lançada a pedra fundamental do Instituto de Câncer da Bahia. (LANA, 2014; LIGA BAHIANA CONTRA O CÂNCER, 2021)

Em 1943, dois eventos marcaram a história do hospital: a morte de Aristides Pereira Maltez em janeiro desse mesmo ano, e a aprovação da construção do primeiro pavilhão do Instituto do Câncer, embrião do futuro HAM, devido ao novo ambiente político instaurado no país, o qual passava por um processo de redemocratização. O atual presidente da LBCC, Antonio Maltez, irmão de Aristides Maltez, decidiu em assembleia com os outros integrantes da liga que as propostas



do engenheiro Belmiro Silva eram mais favoráveis aos interesses da liga e, assim, deu início a construção da obra que transformaria arduamente a bucólica chácara em um hospital moderno. (LANA, 2014; SAMPAIO, 2006)

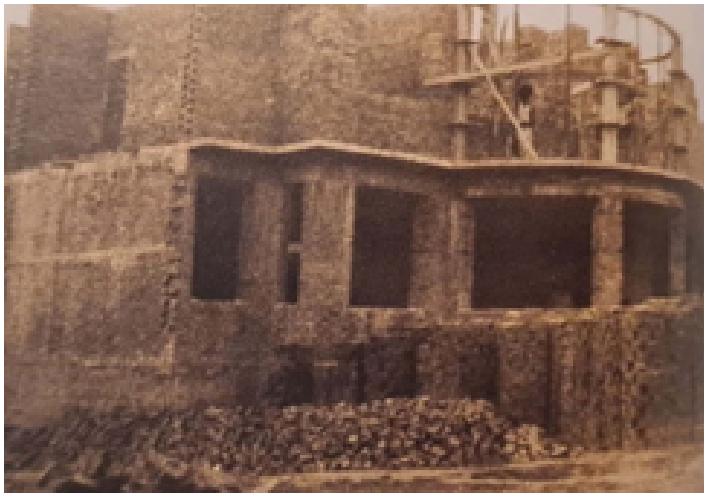
A obra enfrentou muitos obstáculos, o que a fez caminhar lentamente, deixando inconformado Antonio Maltez com a morosidade visível do processo. Embora o caminho ainda fosse extenso, em dezembro de 1949, Antonio Maltez faleceu e, como reconhecimento pela sua extrema fidelidade aos princípios e projetos de seu irmão, a LBCC determinou que o centro cirúrgico do hospital recebesse o seu nome. (SAMPALIO, 2006)



**Figura 1** – Aristides Maltez  
Fonte: Sampaio (2006).



**Figura 2** – Chácara Boa Sorte  
Fonte: Sampaio (2006).



**Figuras 3, 4 e 5** – Obras do Hospital Aristides Maltez  
Fonte: Sampaio (2006).

Em 1951, o presidente Getúlio Vargas sancionou um projeto de lei destinando 100 milhões de cruzeiros ao Serviço Nacional do Câncer, dos quais 6 milhões foram investidos na LBCC. Nesse mesmo ano, o governador da Bahia, Régis Pacheco, após falar das doenças que recebiam maior atenção na época, como a tuberculose e o perigo venéreo, decretou que lutaria incansavelmente contra o câncer, a fim de romper os horizontes da sentença inexorável de morte tão temida até o momento pelos cancerosos do Brasil. Em declaração à imprensa, o governador prometeu pagar com apólices do Fomento Econômico, o auxílio estadual de 1 milhão de cruzeiros, anteriormente aprovado pela Assembleia Legislativa no governo Otávio Mangabeira. (SAMPAIO, 2006)

A inauguração do HAM ocorreu em 2 de janeiro de 1952 e se tornou o órgão técnico da LBCC que decidiu, em votação da assembleia geral, nomear Aristides Pereira Maltez como presidente vitalício na liga, pelos seus trabalhos direcionados ao combate ao câncer ginecológico. Com sua inauguração, o hospital proporcionou, dentre outros atendimentos, atenção voltada para as neoplasias que atingiam as mulheres, principalmente o câncer do colo do útero, seguindo os passos que guiaram Aristides Maltez a lutar de forma veemente contra o câncer e pelos cancerosos. (LANA, 2014; SAMPAIO, 2006)



**Figura 6** – Primeiro Pavilhão do HAM, inaugurado no dia 2 de janeiro de 1952  
Fonte: Sampaio (2006).

O HAM foi o primeiro hospital especializado em câncer no Norte e Nordeste do país com a finalidade de prestar assistência médica e social gratuita ao canceloso “desvalido”, combatendo diariamente em suas enfermarias e ambulatórios a negligência social tão marcante até então na realidade do país. Na organização financeira da instituição, 70% dos atendimentos eram reservados para a gratuidade, enquanto os 30% restantes ficariam disponíveis para os pensionistas. Em seu primeiro ano de funcionamento, o número de pacientes chegou a 360, e aproximadamente, 116 receberam o diagnóstico de câncer. É importante salientar que cerca de 70% delas já estavam com a doença em fase avançada, sem perspectiva de cura, o que resultou em 17 óbitos, configurando uma elevada mortalidade. (LANA, 2014)

Detendo o conhecimento de que, mesmo com a inauguração e a disponibilidade de atendimento, a mortalidade seguia elevada, foi realizada uma pesquisa para entender a justificativa da demora na procura de ajuda médica. Com isso, para construção e difusão do conhecimento, os membros do HAM organizaram o Centro de Estudos Professor Aristides Maltez que, em 1956, lançou o periódico *Arquivos de Oncologia*. Esse periódico foi solene no que tange às campanhas educativas como ferramenta de conscientização do público e de médicos sobre a importância do diagnóstico precoce, visto como a mais poderosa estratégia para controle da doença. (LANA, 2014)

Com a meritória expansão dos *Arquivos de Oncologia* na população, aumentou-se muito a demanda por atendimento e, por conseguinte, a necessidade de profissionais qualificados para a prestação de serviços. A LBCC, em comunhão com o HAM, investiu no ensino como ferramenta de controle do câncer, de formação e especialização profissional e todos os esforços foram empregados na obtenção de bolsas de estudos, estágios e cursos nas instituições mais avançadas no combate ao câncer. (LANA, 2014; SAMPAIO, 2006)

Em 1955, foi implantado o primeiro curso de câncer da Bahia para médicos já diplomados, convidando especialistas nacionais e estrangeiros de renome internacional para, em Salvador, transmitir conhecimento sobre aspectos da Cancerologia. Nesse curso, as seguintes especialidades foram contempladas: câncer ginecológico, do aparelho digestivo, do aparelho urogenital, do aparelho respiratório, dos ossos e da pele. O objetivo dos cursos era preparar os profissionais sem especialização com os conhecimentos mais recentes da Cancerologia, bem como capacitá-los a prestar atendimento eficiente aos pacientes com suspeitas até ser realizado o encaminhamento para o atendimento especializado. (LANA, 2014; SAMPAIO, 2006)



**Figura 7** – Cursos com renomados especialistas promovidos pela LBCC  
Fonte: Sampaio (2006).

O HAM foi concluído em 1984, pelo apoio decisivo do governador Antônio Carlos Magalhães, e o que eram 15 leitos no início da sua fundação se tornaram 218 atualmente, dos quais 10 pertencem à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) humanizada e 18 pertencem à Unidade de Oncologia Pediátrica. Além disso, o atendimento no hospital é 100% destinado ao Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo praticamente todos os municípios da Bahia e de outros estados, como Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Pará, Maranhão, Espírito Santo e Minas Gerais. (LIGA BAHIANA CONTRA O CÂNCER, 2021)

## **INTERIORIZAÇÃO DA ONCOLOGIA NA BAHIA E OS DESAFIOS ATUAIS NO SETOR PÚBLICO**

Não obstante, o diagnóstico do paciente oncológico envolve uma infinidade de desafios, sendo o preconceito e o estigma social dois infortúnios diretamente atrelados à doença no século XX. Num país marcado por ideais patriarcais, ser identificada como portadora de algum câncer ginecológico estava ligada à torpe noção de promiscuidade feminina, o que marcou a necessidade de um diálogo com a população geral, bem como de propagandas sobre os meios de cuidado e de diagnóstico pre-



coce da doença. Nesse sentido, o HAM, através da LBCC, promoveu o movimento “o professor luta contra o câncer”, que não só possuía um caráter filantrópico, visando a arrecadação de doações, mas também pretendia propagar a instituição e desmistificar a doença para os baianos. Era imperioso incentivar naquele momento a busca por atendimento médico e a informação sobre como pode ser decisivo esse acompanhamento precoce no tratamento da doença e na melhora da qualidade de vida da população em estágio avançado da doença. (LANA, 2014)

Embora tais ações disseminassem o HAM como centro de referência oncológico no estado, elas ainda eram insuficientes, já que parte da população não detinha recursos necessários para locomoção até à capital, o que aumentava a letalidade da neoplasia pelo postergamento do cuidado com o profissional de saúde e fazia com que a parte mais vulnerável da população não tivesse acesso aos seus direitos sociais, promovendo, dessa forma, lamentavelmente, a segregação do cuidado por barreiras econômicas. Nesse sentido, surgiu a concepção de descentralizar o atendimento numa única cidade e levá-lo até os municípios distantes proporcionando maior equidade no atendimento à população, bem como integração entre as instituições, promovendo, com isso, cada vez mais um cuidado universal e digno. (SAMPAIO, 2006)

Foi com essa ideia que, em 1958, o Posto Médico Preventivo Contra o Câncer instalou-se em Alagoinhas (BA). Nos anos seguintes, mais unidades foram postas em cidades como Feira de Santana, Jequié, Ilhéus, Itabuna e Santo Amaro; na década de 1970, alguns na região do Recôncavo, especificamente em Amélia Rodrigues e São Félix e por volta de 1980 em Xique-Xique, Inhambupe e São Francisco do Conde. (SAMPAIO, 2006)

Além do caráter de diagnóstico e tratamento, as consultas eram antecipadas por palestras e ações educativas, que detinham uma enorme contribuição para detecção precoce e prevenção, retirando dúvidas sobre a saúde íntima feminina e cuidados de higiene. (SAMPAIO, 2006) Até 1975, os serviços da LBCC, sobretudo em relação a interiorização, tinham como principal enfoque o câncer de colo uterino e a saúde da mulher; parte desse cenário foi modificado quando o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) doou um ônibus ambulatório, que ocasionou a expansão para outras cidades e ampliou os atendimentos aos homens. (SAMPAIO, 2006)

Nesse momento é importante ressaltar a ineficácia do financiamento dessas atividades promovidas pela LBCC, que diversas vezes ficava à mercê de doações de organizações privadas. Assim, os atrasos no repasse orçamentário do setor público somados à crise sociopolítica entre as décadas de 1960 e 1990 fizeram com que esses ambulatórios não resistissem ao tempo. (SAMPAIO, 2006)

Com a criação do SUS e com a Lei Orgânica da Saúde em 1990, os pacientes oncológicos conquistaram ainda mais avanços para o atendimento, tratamento e recuperação no setor estatal, distanciando notavelmente a Bahia do contexto negli-

gente que já se encontrou no passado. Todavia, a partir da Emenda Constitucional nº 95 (EC-95-2016), em 2016, a qual instituiu um novo regime fiscal para o orçamento público, houve uma diminuição da eficácia da abrangência dos serviços devido a limitação de recursos financeiros e estruturais do estado, dificultando o processo de ampliação do projeto vigente. (SANTOS; FUNCIA, 2019)

Nessa direção, conseqüentemente, esses fatores influenciam desde as políticas de prevenção até os tratamentos mais complexos dos pacientes oncológicos. Essas restrições, inevitavelmente, atingem toda a população brasileira, entretanto é irrevogável afirmar que o grupo social que detém somente a estrutura pública é a mais vulnerável nesse cenário. Segundo Daniel Marques, membro da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, o tratamento nos setores público e privado são distintos, sendo o público responsável por um diagnóstico mais tardio e com os piores índices. (SOARES, 2019) Nesse sentido, quando analisamos a história da Oncologia no Brasil e da LBCC, percebe-se que, apesar do grande avanço na rede de atenção de apoio aos pacientes com câncer, os déficits são recorrentes e dificultam o diagnóstico, aumentando os níveis de letalidade devido ao atenuado acesso às políticas de rastreamento no estado. (SAMPAIO, 2006)

Destarte, convém lembrar que embora os avanços já conquistados pela sociedade baiana sejam indiscutíveis, ainda é nítida a necessidade de continuidade da luta ainda muito longa iniciada pelo professor Maltez e pela LBCC.

## **A FORMAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA NA BAHIA: A ONCOLOGIA E SUA ABORDAGEM NA GRADUAÇÃO MÉDICA**

No contexto nacional, alguns pesquisadores demonstram uma crescente preocupação com o aumento do número de casos de câncer no território brasileiro. Tal realidade reflete a necessidade de ampliação da eficiência no combate a essa enfermidade, tornando-o mais digno e inclusivo, fortalecendo, em especial, os conhecimentos fornecidos ao longo da formação médica. Essa expectativa é contemplada com a criação das Diretrizes Curriculares para o curso de graduação em Medicina e a declaração da necessidade de combater e controlar o câncer desde a formação acadêmica/científica, moldando profissionais mais capacitados para proporcionar uma atenção assertiva para população oncológica que o aguarda. (BRASIL, 2001 apud FERREIRA; SILVA; SILVA, 2015)

Embora a Oncologia seja uma área complexa que possui um nível de profundidade e de detalhamento elevados, ainda há uma atenção insuficiente e rasa nos currículos das escolas médicas, dificultando a formação de profissionais verdadeiramente capacitados para lidar com essa população. (FERREIRA; SILVA; SILVA, 2015) Nesse sentido, Ferreira, Silva e Silva (2015, p. 51) constata que:



sendo uma área multidisciplinar, os conteúdos da cancerologia são muitas vezes ministrados de forma fragmentada ao longo das diversas disciplinas durante o curso de medicina. Essa fragmentação prejudica a construção do conhecimento, a compreensão integral e complexa das doenças neoplásicas, o que se traduz na formação deficitária, principalmente em relação à prevenção e rastreamento do câncer.

Não muito distante dessa realidade nacional retratada no recorte anterior se enquadra o cenário baiano. Embora ainda não sejam suficientes os estudos específicos sobre a temática com ênfase no estado, é possível mensurar a distribuição do conhecimento na área da Oncologia nas instituições da Bahia através dos projetos pedagógicos curriculares de suas escolas médicas.

A Universidade Federal da Bahia (UFBA), instituição fundada em 1808, apresenta, na atualidade, um currículo com disciplinas orientadas para a patologia humana, abordando a Oncologia como braço de seu eixo temático, de acordo com os programas disciplinares encontrados e analisados. Na UFBA, tais componentes acompanham o estudante a partir do quinto até o oitavo semestre. Todavia, consultando o sistema informatizado da universidade, encontrou-se a disponibilidade de uma disciplina optativa intitulada Oncologia Clínica, que é ofertada aos estudantes em regime semestral/anual. (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2021)

De forma análoga ao que se vê na UFBA, todas as universidades públicas no estado da Bahia, com base no que é indicado pelos projetos político-pedagógicos – Universidade Estadual do Sudoeste Baiano (UESB), Universidade Federal do Oeste Baiano (UFOB), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB), Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Universidade do Estado da Bahia (UNEB) –, os conhecimentos da Oncologia são fornecidos a partir das disciplinas que possuem como cerne a patologia humana, as quais em sua grande maioria são disponibilizada pelo período de dois semestres.

No que se refere às instituições da rede privada de ensino, não foram encontrados os Projetos Político-Pedagógico nos endereços eletrônicos, pelos respectivos autores do presente trabalho. Entretanto, em observação ao que foi retratado nas matrizes curriculares disponibilizadas, não havia, de fato, assim como nas instituições públicas, componentes específicos para a área da Oncologia; em lugar disso, havia componentes de patologia clínica/cirúrgica que são fornecidos por, pelo menos, dois semestres seguidos na maioria dos casos.



**UFBA - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FMB - FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
**MATRIZ CURRICULAR**



UFBA FMB	CURSO MEDICINA	INTEGRAÇÃO CURRICULAR				OB	OP	AC	TOTAL	DURAÇÃO EM ANOS	Mínimo 6 Médio 7 Máximo 9		Semestre CH Semestral	
		CARGA HORÁRIA									8719	136	102	8957
1	2	3	4	5	6	7	8	9 e 10	11 e 12					
595h	527h	748h	612h	566h	510h	629h	612h	2000h	1920h					
BIO 158 85h	ICS 003 85h	ICS 059 85h	ICS 016 85h	ICS A90 68h	ISC B87 85h	MED B43 204h	MED B34 51h	INTERNATO I	INTERNATO II					
ICS 038 85h	ICS A83 102h	ICS A86 136h	ICS 039 85h	MED 103 90h	MED B29 204h	MED B44 102h	MED B53 68h	MED 229 400h	MED 243 480h					
ICS 058 85h	ICS A84 85h	ICS A87 102h	ICS A89 68h	MED 237 85h	MED B30 51h	MED B45 51h	MED B54 102h	MED 230 400h	MED 244 480h					
ICS 062 170h	ICS A85 102h	ICS A88 85h	MED B20 204h	MED B25 204h	MED B31 34h	MED B46 51h	MED B55 204h	MED 231 400h	MED 245 480h					
MED B10 102h	MED B13 85h	MED B16 204h	MED B21 85h	MED B26 51h	MED B35 51h	MED B47 51h	MED B56 68h	MED 232 400h	MED 246 480h					
		MED B19 68h	MED B22 34h	MED B27 34h	MED B36 51h	MED B48 34h	MED B57 51h	MED 242 400h						
						MED B49 34h	MED B58 17h							
						MED B52 51h								
MED B11 34h	MED B14 34h	MED B17 34h	MED B23 17h	MED B28 17h	MED B37 17h	MED B50 17h	MED B59 17h	EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO						
MED B12 34h	MED B15 34h	MED B18 34h	MED B24 34h	MED B32 17h	MED B33 17h	MED B51 34h	MED B60 34h	EIXO DE FORMAÇÃO EM PESQUISA						
OPTATIVAS: 136h														
ATIVIDADES COMPLEMENTARES: 102h														

**Figura 8** – Matriz curricular da Faculdade de Medicina da Bahia  
 Fonte: Faculdade de Medicina da Bahia ([201-]).

Destarte, é indispensável ressaltar a necessidade de ampliação de debates que abordem os conhecimentos oncológicos na formação médica na Bahia para além de um braço de uma disciplina, categorizando-a como eixo central e não mais como apêndice. Além disso, é irrevogável a crucialidade de expandir os estudos acadêmicos que possibilitem um olhar crítico e eficaz perante a problematização da real eficiência dos componentes já ministrados, seja nas instituições públicas ou privadas do estado da Bahia.

### **ENTREVISTA COM A DRA. CLARISSA MATHIAS – HISTÓRIA DA ONCOLOGIA NA BAHIA (07/09/21)**

Doutora Clarissa Mathias é médica formada pela UFBA (1991), com residência médica em Oncologia pelo Medical College of Pennsylvania (1992-1999) e University Pennsylvania (1996-2000). Possui doutorado em Medicina e Saúde pela UFBA (2002-2005) e doutorado em Medicina Interna pela UFBA. Atualmente, ocupa o posto de presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC).

Convidamos a dra. Clarissa para responder algumas perguntas sobre a história da Oncologia na Bahia, seus principais marcos e desafios, e sobre a formação de médicos oncologistas no estado.



**Figura 9** – Doutora Clarissa Mathias, entrevistada neste capítulo  
Fonte: Medscape (2021).<sup>1</sup>

**Entrevistador: Doutora Clarissa, muito obrigado pela disponibilidade! Vamos conversar um pouco sobre a história da Oncologia na Bahia, passeando por alguns pontos importantes, tais como histórico da especialidade, personalidades marcantes e desafios antigos e atuais enfrentados pela área. Para a senhora, quais foram os principais marcos da história da Oncologia na Bahia?**

**Dra. Clarissa:** *Fico superfeliz porque uma das pioneiras da Oncologia na Bahia foi a dra. Gildete Lessa. Gildete foi para o MD Anderson quando terminou a faculdade e, no seu retorno, ela buscou implementar o conceito de Oncologia ambulatorial. Em conjunto com o dr. Roque Andrade e dra. Nubia Mendonça, ela criou a Onco, clínica de Oncologia ambulatorial aqui no estado da Bahia, trazendo um conceito inovador, no*

1 Disponível em: <https://portugues.medscape.com/parcerias/oncoclinicas>.

*qual os pacientes recebiam grande parcela do tratamento ambulatorialmente. É evidente que vários pacientes necessitavam ser internados para fazer esquemas que envolviam infusão contínua, visto que naquela época não tínhamos bombas de infusão ambulatorial. A partir daí, outras pessoas, tais como dr. Paulo Boente, começaram a investir nisso em clínicas de Oncologia em Salvador, contribuindo para a expansão da especialidade na capital. O Hospital Aristides Maltez foi fundado em Salvador por dr. Aristides na época, a partir do Hospital da Liga Bahiana Contra o Câncer, onde a dra. Gildete trabalhou por muitos anos lá. De fato, era a possibilidade que se tinha de cuidar desses pacientes. Há 32 anos, ainda estudante, me apaixonei pela Oncologia em sua esfera molecular quando havia feito um estágio no Henry Mondor. Quando voltei, fui procurar a dra. Gildete e me deparei com esse mundo da clínica ambulatorial, que me conquistou. Me recordo de vários casos de pessoas que continuam sendo pacientes dela até hoje, foi muito lindo descobrir esse mundo. Diante disso, quando estava em meu sexto ano da faculdade de Medicina, a dra. Gildete me convidou, juntamente com a dra. Lúcia Batista e com a dra. Norma para fundar o Núcleo de Oncologia da Bahia (NOB). Foi uma clínica que começou pequenininha, enquanto já tínhamos outras clínicas de Oncologia como a Clínica Assistência Multidisciplinar em Oncologia (AMO), de dr. Paulo Boente juntamente com o dr. Carlos Sampaio, o Centro de Hematologia e Oncologia (CEHON), que também estava nascendo. Foi muito desafiador, fiquei por cerca de seis meses aqui na Bahia e então fui fazer minha residência. É muito bom ver como o pioneirismo de uma pessoa que eu tanto amo e admiro caminhou lado a lado com tantos outros serviços de referência no Brasil – Clínica Paulista de Oncologia, de dr. Sérgio Simon e Renee Ganzl e dr. Arthur Katz, a Clínica do Rio de Janeiro de dr. Miguel José Froimchuk, dentre outras.*

**Entrevistador: E para além dos limites do estado da Bahia, há alguma personalidade que a senhora acha importante ressaltar dentro da história da Oncologia no Brasil?**

**Dra. Clarissa:** *Então, no Brasil, temos várias pessoas que ajudaram a criar a história da Oncologia. Eu começaria pela pessoa que me inspirou a fazer minha residência nos Estados Unidos, dr. Sérgio Simon. Sempre o digo que ele foi minha grande fonte de inspiração. Existem várias outras personalidades muito importantes que ajudaram a criar pesquisa clínica no Brasil, tais como dr. Carlos Bairros e dr. Paulo Hoff, meu contemporâneo, que criou o ICESP, que é hoje a maior residência do Brasil. Posso citar, ainda, grandes figuras, como o dr. Arthur Katz, e pessoas mais jovens bastante colaborativas com a Oncologia brasileira, como é o caso de dr. Gustavo Fernandes, que levou a Oncologia para a cadeira da Associação Médica Brasileira. Evidentemente, foi um feito bastante importante, visto que antes a cadeira era da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Temos pessoas como o dr. Carlos Gil Ferreira, que também criou dentro do Instituto Nacional de Câncer (INCA) uma linha de pesquisa, onde tantos outros fizeram doutorado, dr. Bruno Ferrari, que criou o Grupo Oncoclínicas, maior grupo de Oncologia da América Latina. Diante disso, são grandes figuras que compõem a Oncologia brasileira.*

**Entrevistador: Quais foram os principais marcos na criação dos serviços de assistência e pesquisa em Oncologia no estado da Bahia?**

**Dra. Clarissa:** *Creio que um dos principais marcos foi essa transição para a Medicina ambulatorial com a criação da Onco. Em relação à pesquisa, dentro do Núcleo de Oncologia da Bahia (NOB), quando eu voltei da residência, nós criamos o centro de pesquisa, até então inexistente. Lembro que eu levava as CRFs pra casa! Nós temos várias pesquisas que são desenvolvidas por investigadores, não sendo um centro meramente reprodutor de pesquisas de fase 3 de indústrias farmacêuticas. Além disso, temos que ressaltar as conquistas de marcos de qualidade, com várias certificações internacionais. Temos o Certificado de QCP [QOPI Certification Program], presente na Assistência Multidisciplinar em Oncologia (AMO), conosco no Núcleo de Oncologia da Bahia (NOB), além de certificações internacionais da Qmentum e serviços de nível 3 da ONA [Organização Nacional de Acreditação]. Isso faz com que o paciente baiano não precise sair daqui para ser tratado da mesma maneira que seria tratado em outros estados de outras regiões do Brasil.*

**Entrevistador: Em sua opinião, quais foram os maiores desafios no passado com o intuito de garantir assistência universal aos pacientes oncológicos na Bahia? Acredita que alguma época, em específico, concentrou maiores dificuldades?**

**Dra. Clarissa:** *O tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é um grande desafio. Várias leis foram criadas, porém não foram cumpridas. Quando começamos lá atrás, grande parte das clínicas de Oncologia tratavam os pacientes pelo SUS através de um tratamento muito diferenciado, sem diferenças quanto aos locais de entrada. Com a criação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs), que têm uma teoria maravilhosa, coloca-se o paciente dentro do serviço e você vai cuidar desse paciente de forma horizontal. Na teoria, isso é muito bom, mas na prática, nem sempre é assim que funciona. Assim, temos uma demora expressiva, já que a oferta de serviços é menor que a demanda. Hoje, infelizmente, temos filas muito grandes, apesar de legislações, como a Lei dos 60 Dias para o início do tratamento, que tentam proteger os pacientes. Na prática, não funciona dessa maneira.*

*Existem alguns problemas de acesso extremamente críticos. Na teoria, temos medicamentos aprovados, mas na prática há alguns medicamentos que necessitam mais de dois a três anos para que os pacientes os recebam. Trata-se de desafios que eu não sei exatamente como podemos lidar, dependeria de uma ação expressiva do Ministério da Saúde para que nós pudéssemos realmente implementar isso.*

*Em termos cirúrgicos, o Aristides é um grande exemplo, tendo um dos maiores volumes cirúrgicos do Brasil! Isso mostra que efetivamente você pode criar uma linha de acesso que possa ser produtiva e que beneficie os pacientes. Hoje nós temos a oportunidade de oferecer um serviço de qualidade para os pacientes em Salvador dentro do SUS – no Hospital Santa Izabel, no Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos [Hospital das Clínicas da UFBA], no Hospital Aristides Maltez, no Hospital Santo Antônio. No entanto, existe essa diferença entre o que pode ser ofertado e o que efetivamente é. Além disso,*

*se compararmos o leque de medicamentos oferecidos pelo SUS, temos uma diferença muito grande do que acontece na assistência suplementar. Logo, pensamos: como, de maneira efetiva, reduzir esse gap? E uma das maneiras que eu acredito que podemos fazer isso é investindo em pesquisa clínica. Mas, para fazer isso, o Brasil precisa melhorar em termos legislativos para que possamos nos tornar mais competitivos.*

**Entrevistador: Nos últimos anos, tem se evidenciado uma interiorização dos serviços de saúde, que antes eram, em sua maioria, concentrados nas grandes cidades do nosso estado. A senhora considera que o mesmo ocorreu no âmbito do serviço de Oncologia? E quais os impactos para a população?**

*Dra. Clarissa: A interiorização é muito bem-vista e muito bem-vinda! Creio, apenas, que não tenha acontecido da maneira como deveria ter acontecido, principalmente quanto a tecnologias como radioterapia. É muito difícil para o paciente viajar de oito a dez horas para receber um tratamento e, com a criação de serviços no interior do estado da Bahia, como em Vitória da Conquista, Teixeira de Freitas, Juazeiro e Feira de Santana, você consegue realmente reduzir um pouco esse problema e criar uma maior oferta. Mas acho que ainda precisa ser melhorado! E, para isso, é preciso de uma boa vontade governamental.*

**Entrevistador: Quanto aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) dentro de Parcerias Público-Privadas (PPP) com o setor suplementar, existe algum ponto que precisa ser melhorado? E a saúde suplementar de forma direta, na Bahia, possui algum ponto a ser trabalhado na assistência oncológica?**

*Dra. Clarissa: O problema é que, hoje, nós não temos nenhuma Parceria Público-Privada (PPP) efetiva que funcione para o serviço, então os serviços são ligados diretamente à prefeitura ou ao Estado. A nível de saúde suplementar, nós temos um grande problema aqui na Bahia – planos de saúde de baixo custo, que não oferecem o mínimo de assistência necessária para os pacientes. Há, muitas vezes, uma pior oferta dentro destes planos do que dentro do próprio SUS. Esperamos que, agora, com a disseminação destes planos para as outras regiões do Brasil, teremos uma massa de crítica maior, que a população comece a apontar para eles. É inaceitável, você não consegue fazer, por exemplo, avaliação molecular para câncer de pulmão, você não consegue oferecer tratamentos básicos e necessários até dentro da lista de produtos essenciais da Organização Mundial de Saúde (OMS). É muito triste!*

**Entrevistador: Como a senhora observa a formação do médico generalista hoje em relação aos conhecimentos da área de Oncologia? A senhora acha que o médico generalista sai da faculdade com conhecimento básico suficiente para lidar com pacientes oncológicos na Atenção Básica? Se não, qual a visão da senhora quanto aos motivos?**

*Dra. Clarissa: Infelizmente, a Oncologia não é curricular em nenhuma das faculdades de Medicina de Salvador hoje. Conseguimos colocá-la como optativa na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública recentemente, através de uma parceria com o Hospital Santa Izabel, além de ser optativa na Faculdade de Medicina da Universidade Federal*

da Bahia também. Isso torna muito importante o papel das ligas acadêmicas, mas estas, em sua maioria, não são regulamentadas, o que impede o processo de uniformizar esse conhecimento. Infelizmente, temos médicos que não pensam em câncer como diagnóstico diferencial. Inclusive, isso é um problema que nós, da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), levantamos e colocamos para o Ministério da Educação, mas eles estão muito preocupados com o currículo de Medicina ligado para a saúde pública, então depende muito do médico desenvolver esse pensamento crítico. A Associação Brasileira de Medicina, pensando nisso e ouvindo nossas reclamações, criou recentemente um curso de Oncologia para médicos generalistas, que deve estar indo ao ar em um futuro próximo! E, realmente, cabe a nós continuar lutando e batendo nessa tecla, pois o câncer já é a segunda causa de mortes no Brasil e, em um futuro próximo, pode se tornar, inclusive, a principal causa de morte.

**Entrevistador: E a formação do especialista? A senhora acha que existe algum ponto que precisa ser mudado? Existe uma diferença expressiva entre a formação de médicos oncologistas no Brasil quando comparada à formação destes em outros países?**

**Dra. Clarissa:** *Nossos oncologistas, de maneira geral, são muito bem formados! E quando você vê profissionais saindo daqui e indo fazer estágios ou pesquisa fora do país, você vê, realmente, que nossa qualificação é excelente. Claro que temos diferenças e, para tentar unificar isso, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) tem criado currículos mínimos, oferecido gincanas e programas de mentorias, para tentar realmente equilibrar essas diferenças. Claro que eu sempre digo que cabe muito ao residente fazer seu caminho. Aqui na Bahia, nós temos bons programas de residência, que têm se sustentado e têm formado bons profissionais, oncologistas que têm se destacado.*

## **ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL CONTRA O CÂNCER NA BAHIA**

O terceiro setor – sobretudo no âmbito da saúde, das Organizações Não Governamentais (ONGs) – surge como resposta “emergente de intervenção social” (ALEGARE; SILVA JUNIOR, 2009), pautadas no princípio de participação popular em defesa dos direitos sociais no ambiente democrático. No mundo, essas estruturas advêm como uma terceira alternativa ao Estado e ao mercado, ao contrário do Brasil que funcionou, entretanto, como parceria, intersecção entre esses dois agentes (FALCONER, 1999) e como uma terceira alternativa para superação dos paradigmas inerentes do subdesenvolvimento do país. (MACHADO, 2012)

Na seara da saúde brasileira, o papel destas entidades revelou-se fundamental durante a epidemia do HIV/aids, a defesa da saúde da mulher e a reforma psiquiátrica (RAMOS, 2004), as quais detiveram grande urgência de resolução e necessitavam de ações que viabilizassem o acesso e plenitude do direito à vida. Nesse sentido, pode-se ressaltar que essas estruturas serviram como meios de co-

brança por políticas de saúde que não eram supridas pelo Estado. No território baiano e no setor das ONGs contra o câncer, destaque-se o papel primordial da LBCC em todo estado e na conscientização da população a respeito dessa doença, tais ações já foram descritas neste capítulo e consolidam a importância das sociedades civis frente à pouquidade de aparato social.

Além disso, outra instituição bem consolidada e que merece destaque é o Grupo de Apoio à Criança com Câncer – Bahia (GACC-BA), fundado em 1988, o qual tem como objetivo principal fornecer assistência social às crianças e adolescentes que enfrentam o tratamento da neoplasia. O GACC-BA também conta com uma série de projetos fundamentais que visam a participação da família destas crianças e a implementação da renda, proporcionando uma rede de apoio para esses pacientes e suas famílias, como está retratado na imagem a seguir:



**Figura 10** – Acompanhantes participam da oficina de culinária em 2015  
Fonte: Grupo de Apoio à Criança com Câncer – Bahia (2015).<sup>2</sup>

2 Disponível em: <https://www.gaccbahia.org.br/2015-10-20-21-46-26/imagens/acompanhantes-participam-de-oficina-de-culinaria#!hj>.



Há, ainda, o Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer (NASPEC) que é mantido através de doações e sua principal ação está voltada ao abrigo de pessoas advindas do interior da Bahia e que não possuem moradia na capital. Funcionando desde 1996, a equipe multidisciplinar é fundamental para o atendimento e acolhimento dos pacientes. Além disso, essa instituição proporciona palestras abertas ao público com caráter educativo que acontecem no mês de outubro em função da conscientização do câncer de mama (NASPEC).



**Figura 11** – Ação do Outubro Rosa promovida pelo NASPEC em 2016  
Fonte: NASPEC – Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer (2016).<sup>3</sup>

Numa sociedade marcada por desigualdades, as ONGs são formas de enfrentamento às lacunas governamentais, portanto é imprescindível reconhecer suas conquistas e os desafios enfrentados ao longo dos anos. É válido ainda reforçar que suas ações não substituem a função do Estado democrático que tem por dever, segundo a Constituição vigente no país, a garantia do direito à saúde e à vida. (ALEGARE; SILVA JUNIOR, 2009)

<sup>3</sup> Disponível em: <https://naspec.org.br/galeria/acao-outubro-rosa-2016/>.

## REFERÊNCIAS

- ALEGARE, M. G. A.; SILVA JUNIOR, N. A “construção” do terceiro setor no Brasil: da questão social à organizacional. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 129-148, jun. 2009.
- FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA. *Matriz curricular*. Salvador, [201-]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/graduacao/matriz-curricular>. Acesso em: 7 set. 2021.
- FALCONER, A. P. *A promessa do terceiro setor: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão*. 1999. Dissertação (Mestrado em Administração de Recursos Humanos) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12132/tde-01072021-161110/pt-br.php>. Acesso em: 7 set. 2022.
- FERREIRA, D. A. V.; SILVA, A. P.; SILVA, K. R. X. Ensino de oncologia na graduação médica e autorregulação da aprendizagem. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 50-58, ago. 2015.
- GRUPO DE APOIO À CRIANÇA COM CÂNCER – BAHIA. 2021. Disponível em: <https://www.gaccbahia.org.br/gacc-ba>. Acesso em: 6 set. 2021.
- JACOBINA, R. R. Aristides Pereira Maltez. *Academia de Medicina da Bahia*, Salvador, 2021. Disponível em: <https://www.academiademedicina-ba.org.br/conteudo/mem/001/mem/arq/000041.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2021.
- LANA, V. O Hospital Aristides Maltez e o controle do câncer do colo do útero no Brasil. *Dynamis*, Granada, v. 34, n. 1, p. 25-47, 2014.
- LIGA BAHIANA CONTRA O CÂNCER. *O hospital: histórico*. Salvador, 2021. Disponível em: <https://www.viewnet.com.br/projetos/lbcc/hospital.php>. Acesso em: 24 jul. 2021.
- MACHADO, A. M. B. O percurso histórico das ONGs no Brasil: perspectivas e desafios no campo da educação popular. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS “HISTÓRIA, SOCIEDADE E EDUCAÇÃO NO BRASIL”, 9., 2012, João Pessoa. *Anais eletrônicos [...]*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2012. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4868683/mod\\_resource/content/1/06.%20Artigo%20ONGs.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4868683/mod_resource/content/1/06.%20Artigo%20ONGs.pdf). Acesso em: 6 set. 2021.
- MIRRA, A. P. *Registros de câncer no Brasil e sua história*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.
- MUKHERJEE, S. *O imperador de todos os males: uma biografia do câncer*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- NASPEC – NÚCLEO ASSISTENCIAL PARA PESSOAS COM CÂNCER. 2021. Disponível em: <https://naspec.org.br/>. Acesso em: 6 set. 2021.

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1067-1078, out. 2004. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/250027896\\_O\\_papel\\_das\\_ONGs\\_na\\_construcao\\_de\\_politicas\\_de\\_saude\\_a\\_Aids\\_a\\_saude\\_da\\_mulher\\_e\\_a\\_saude\\_mental](https://www.researchgate.net/publication/250027896_O_papel_das_ONGs_na_construcao_de_politicas_de_saude_a_Aids_a_saude_da_mulher_e_a_saude_mental). Acesso em: 6 set. 2021.

REIS, B. Câncer: a trajetória da doença. *Superinteressante*, São Paulo, 1 set. 2020. Seção História. Disponível em: <https://super.abril.com.br/especiais/cancer-a-trajetoria-da-doenca/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

SAMPAIO, C. N. *70 anos de lutas e conquistas: Liga Bahiana Contra o Câncer*. Salvador: LBCC, 2006.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde. *Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz*, Rio de Janeiro, 24 jan. 2019. Conjuntura Política, p. 1-3. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em: 26 jul. 2021.

SOARES, I. Tratamento de câncer no privado e público é heterogêneo, diz especialista. *Correio Braziliense*, Brasília, DF, 25 set. 2018. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2018/09/25/interna-brasil,708207/tratamento-de-cancer-no-privado-e-publico-e-heterogeneo-diz-especiali.shtml>. Acesso em: 25 jul. 2021.

SOUZA, C. M. C. de. Conhecer e educar para controlar o câncer na Bahia. *Educar em Revista*, Curitiba, n. 54, p. 55-70, out./dez. 2014.

TEIXEIRA, L. A. O câncer na mira da medicina brasileira. *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 104-117, jan./jun. 2009.

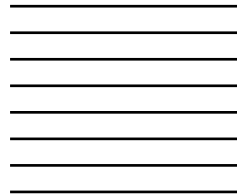
TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. *Projeto para reconhecimento do curso de Medicina*. Feira de Santana: UEFS, 2015. Disponível em: <http://www.medicina.uefs.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=29>. Acesso em: 7 set. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA. Bacharelado em Medicina. [S. l.]: UFOB, [201-]. Disponível em: <https://ufob.edu.br/ensino/graduacao/medicina>. Acesso em: 7 set. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. *Projeto pedagógico do curso Medicina*. [S. l.]: UFRB, [201-]. Disponível em: [https://www.ufrb.edu.br/ccs/images/DIACOL/Cursos/PPC\\_Medicina.pdf](https://www.ufrb.edu.br/ccs/images/DIACOL/Cursos/PPC_Medicina.pdf). Acesso em: 7 set. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA. *Medicina*. 2018. Disponível em: <https://ufsb.edu.br/cfsaude/graduacao/medicina>. Acesso em: 7 set. 2021.



### 3

## A HISTÓRIA DA ENDOCRINOLOGIA NA BAHIA

*Jair de Souza Braga Filho*

*Gabriela Flor Martins*

*Paula Dourado Sousa*

*Rafaela Góes Bispo*

*Isabela Lôbo Duarte*

*Robson Santos dos Santos*

*João Manuel Queiroz Santos*

*Laís Gomes Santana Silva*

### INTRODUÇÃO

A história da Endocrinologia se confunde com a história da própria humanidade. Desde a estátua da Vênus de Willendorf, do ano 22000 a.C., que retrata uma mulher obesa, o uso medicinal de algas marinhas para tratamento do bócio, realizado pelos chineses em 2700 a.C., até os retratos do bócio de Cleópatra ou da ginecomastia de Tutankamon, os achados clínicos das patologias endócrinas sempre intrigaram os homens.

Os primeiros sinais de descoberta das glândulas ocorreram somente a partir do ano de 1830, por observação de alterações clínicas de aumento ou redução do

tamanho, possibilitando a identificação das funções dessas estruturas. Ainda na década de 1830, um dos grandes nomes da ciência médica em Londres, Thomas Addison, identificou a insuficiência da glândula suprarrenal, nomeando a patologia atualmente conhecida como doença de Addison. (POTTER, 2008)

Somente após a definição de hormônio por Ernest Starling, no século XIX, é que o estudo da especialidade passou a ser aprofundado. O conhecimento de secreções corporais, que têm a capacidade de atravessar os tecidos e exercerem seus efeitos à distância, permitiu a identificação de diversas dessas moléculas, sendo a primeira delas a insulina, em 1921. A administração de um extrato de insulina salvou a vida de Leonard Thompson, um paciente de apenas 14 anos que se encontrava na iminência da morte por cetoacidose diabética.

O avançar das pesquisas identificou que as glândulas são as estruturas produtoras e secretoras desses hormônios, sendo compostas por células altamente diferenciadas, com sua produção regulada pelo sistema nervoso central, pelo sistema endócrino e pelas vias neuroendócrinas, além de fatores como sono, estresse e oferta nutricional. Os hormônios, por sua vez, são as partículas responsáveis pela realização do controle das funções corporais, de natureza proteica, lipídica ou formado por aminoácidos, produzidos pelas glândulas e lançados na corrente sanguínea, de modo a alcançar os locais que contém receptores, seja em sítios distantes (ação endócrina), seja com ação local (ação parácrina). (KRONENBERG et al., 2010)

Por conceito, a Endocrinologia é a ciência que estuda a coordenação e o controle dos processos de múltiplos órgãos e, conseqüentemente, as perturbações na homeostase. Essas alterações geram distúrbios endócrinos, os quais podem ser secundários ao aumento da produção hormonal, ao comprometimento da produção hormonal ou à alteração na resposta tecidual. (POTTER, 2008)

Além das glândulas e hormônios, outra área sobre a qual a Endocrinologia e Metabologia se debruça é o estudo de substâncias conhecidas como vitaminas. Esse termo foi utilizado pela primeira vez no ano de 1912, pelo químico Casimir Funk. (POTTER, 2008) No entanto, o primeiro relato de uma enfermidade causada por deficiência de vitaminas foi realizado por James Lind, no ano de 1747, por meio de experimento realizado com grupos de marinheiros recuperados do escorbuto após consumo de frutas cítricas, ricas em vitamina C. (HARARI, 2020)

Ao longo dos anos subseqüentes, a Endocrinologia direcionou o seu olhar especialmente para os hormônios sexuais, tornando possível o manejo de distúrbios do desenvolvimento sexual e de reprodução, também relacionada com a descoberta e popularização dos anticoncepcionais orais ao longo da década de 1960. Este foi um grande marco, determinando uma relação íntima da especialização não apenas com a saúde física, mas também com a saúde mental e com

os passos da sociedade como um todo, através da possibilidade de planejamento familiar, da emancipação das mulheres e da liberdade sexual. (POTTER, 2008)

A especialidade continuou seu desenvolvimento ao longo do tempo, e hoje dialoga com a genética e com a tecnologia, agregando qualidade de vida aos indivíduos portadores de distúrbios hormonais. As mudanças comportamentais da humanidade ao longo dos tempos mudaram o panorama de incidência de diversas doenças endócrinas, como diabetes e obesidade, e o estudo da Endocrinologia permite mudar desfechos clínicos antes considerados irreversíveis.

Diante de descobertas tão interessantes, como a Endocrinologia atravessou os mares e chegou na primeira capital do Brasil, a cidade de Salvador?

## **A INTRODUÇÃO DA ENDOCRINOLOGIA NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Os aspectos endócrinos da saúde e da doença humana também foram de interesse para o corpo acadêmico da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB). Ao longo dos mais de 200 anos de sua existência, como não poderia deixar de ser, diversas das teses apresentadas se debruçaram sobre temas relativos à Endocrinologia, sejam elas teses inaugurais, de concursos ou de verificação de títulos.

Segundo Ana Lúcia Albano, bibliotecária-chefe da Bibliotheca Gonçalo Moniz, foram publicadas teses inaugurais – ou de graduação – na FMB desde 1836, estando disponíveis no acervo teses inaugurais a partir de 1839. (MAGALHÕES, 2021) Em 1856, como parte das proposições obrigatórias aos diferentes temas oferecidos pelas diversas cadeiras da faculdade, está presente uma menção a toxicidade do mercúrio no “sistema glandular” na tese *O calórico, luz e eletricidade serão causas distintas, ou efeitos d’uma mesma causa?* de Francisco Rodrigues da Silva (1856, p. 33). Thomaz Cruz (2007, p. 182) relata no artigo “A Endocrinologia na Bahia” que já é possível encontrar teses sobre diabetes na FMB desde 1857, na tese com título de *Como se explica hoje a produção do diabetes?*, de Rocha Jr. (1857).

Entre os documentos atualmente disponíveis de forma digitalizada no repositório da Universidade Federal da Bahia (UFBA), a primeira menção ao diabetes ocorreu em 1858, como um dos temas propostos a Pedro Ribeiro de Araújo, que optou, porém, pelo ponto *A Physica poderá ocupar o lugar que lhe compete sem conhecer o elemento da força?* (ARAÚJO, 1858) Vale notar que, ainda nas proposições anexas, o autor nega a classificação do fígado enquanto órgão glandular, devido a presença de catálises que o associariam ao aparelho gastrointestinal. (ARAÚJO, 1858, p. 22-23)

O diabetes também foi mencionado em 1859 na tese *O estudo químico da urina interessa ao médico?*, do mesmo autor. Porém, ao longo da tese, não é citado com-

ponente açucarado na urina do diabético, sendo a doença mencionada apenas nas proposições em anexo sobre temas diversos. (ARAÚJO, 1859, p. 29-32) O componente açucarado da urina e sangue, porém, é assunto principal da tese de Livínio de Bastos Varella intitulada *A substancia assucarada da glucosuria em que consiste? O que he? E em que proporções relativamente se acha no sangue?*, publicada também no ano de 1859. (VARELLA, 1859)

Em *A Glycosuria será devida á diminuição da alcalinidade dos humores animais?*, tese apresentada em concurso, no ano de 1860, pelo dr. Luiz Alvares dos Santos, o papel da produção de glicose pelo fígado é destacado para patologia em questão – negando a pergunta proposta – baseando fortemente essa afirmação nas ideias de Claude Bernard, primeiro a utilizar o termo “secreção interna” em publicação, no ano de 1849. (PÓVOA, 2000, p. 16) Luiz Alvares dos Santos revela, na própria tese, uma das dificuldades que enfrentou. Em suas palavras: “Não é possível fazer muitas despesas com uma these de concurso. A imprensa não é barata no Brasil”. (SANTOS, L., 1860)

O prof. Domingos Carlos da Silva publicou tese de concurso com título *Glândulas em geral*, na qual organiza os principais conhecimentos microscópicos e funcionais das glândulas como conhecidas até então. (SILVA, D., 1862) São descritas suas relações anatômicas com vasos e nervos, classificando muitas das glândulas atualmente conhecidas como endócrinas, tal como a tireoide, na categoria de glândulas vasculo-nervosas. Sobre estas glândulas, Domingos afirma:

Si se podesse admittir grãos do perfeição nas glandulas, as vasculo-nervosas seriam para mim as perfeitas ou verdadeiras. Quem nos dirá que não sejam estes órgãos, tão pouco conhecidos em suas funções, verdadeiras estações telegraphicas, por onde rclacionão-se os dous systemas principais da economia animal – as barreiras através das quaes se auxilião os dous autocratas da organização aliados por amor do um fim unico, – sua unidade funcional, em virtude da troca de productos para nós ainda desconhecidos? E’ o que resolverão trabalhos ulteriores. (SILVA, D., 1862, p. 13-14)

Já no século XX, em 1917, Edgard Rêgo Santos, indivíduo que viria a se tornar um importante médico, reitor da UFBA e diretor da FMB – dando origem ao atual nome do Hospital Universitário Professor Edgard Santos – apresenta sua tese *Um ensaio em torno de hormônios*. (SANTOS, E., 1917) É válido notar que essa publicação já se utiliza do termo “hormônio”, publicado pela primeira vez por Ernest H. Starling em 1905. (POVOA, 2000, p. 17) Essa tese foi produzida para obtenção do título de doutor em Ciências Médico-Cirúrgicas. O termo “Endocrinologia”, introduzido no século em questão (POVOA, 2000, p. 16), já está presente na dissertação.

A obra, de 156 páginas já apresenta conceitos mais amadurecidos da sinalização por hormônios, destacando sua importância e semelhança com a sinalização nervosa. Edgard Santos já relata também diversos experimentos disponíveis na bibliografia sobre os efeitos das secreções de diversas glândulas endócrinas, tais como a paratireoide e a hipófise. Infelizmente, o exemplar digitalizado se encontra com diversas frases ilegíveis devido ao estado de conservação.

A endocrinologista Maria Marcílio Rabelo, que se graduou pela Faculdade de Medicina da UFBA em 1956, compartilhou em entrevista um pouco sobre sua formação nesse período:

*O despertar de meu interesse pela Endocrinologia se deu através dos estudos dos aspectos hormonais e reprodutivos na área de Ginecologia, que estava aprofundando durante minha especialização. [...] No meu período de graduação não havia ainda a divisão da clínica médica por especialidades. Tínhamos contato com patologias endócrinas como parte de nossa formação em Medicina interna. Para vocês terem uma ideia, a disciplina de Endocrinologia e Doenças Metabólicas foi criada em 1972, período no qual eu estava no Estados Unidos, realizando Fellowship [em Endocrinologia]. [...] As maiores influências no início da minha trajetória na área de Endocrinologia se deram após a minha graduação. Aqui na Bahia, todos nós, endocrinologistas, devemos imensamente à profa. dra. Anita Teixeira. [...] As diferenças [no ensino da Endocrinologia entre a Bahia e o exterior naquela época] eram, realmente, abissais quando iniciei minha inserção na Endocrinologia. O fomento para pesquisa e o acesso à tecnologia inovadora permitia uma evolução acelerada de conhecimento e uma prática do exercício clínico mais efetiva. (RABELO, 2021)*

Segundo Thomaz Cruz (2007, p. 183), as teses apresentadas à Faculdade de Medicina, as informações adquiridas até então, a atividade dos profissionais envolvidos com docência – tais como Trípoli Gaudenzi e Jorge Novis que ensinaram conteúdos de Endocrinologia nas disciplinas de Bioquímica e Fisiologia – e publicações, como as da *Gazeta Médica da Bahia*, serviram de base para área da Endocrinologia na Bahia. Esse autor, porém, destaca que a Endocrinologia apenas se consolidou enquanto especialidade em território baiano após a chegada da dra. Anita Guiomar Franco Teixeira, na década de 1950. (CRUZ, 2007, p. 183)

Thomaz Cruz (2007, p. 183) destaca o papel da dra. Anita Teixeira, com especial interesse em diabetes, no ensino da Endocrinologia durante o ambulatório de Clínica Médica do curso e na fundação da regional baiana da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), da qual foi a primeira presidente. Atuou também, juntamente com esse autor e Antônio Carlos Macedo de Carvalho, na criação do ambulatório de Endocrinologia Geral em 1971 e da disciplina de Endocrinologia e Doenças Metabólicas na UFBA em 1972, que foram inicialmente coordenados pelo Thomaz Cruz. (CRUZ, 2007) Em 1974, ainda em sua gestão,



o autor refere ter ocorrido, para área de Endocrinologia no território baiano, o início das especializações na área médica sob a forma de residência. (CRUZ, 2007) Maria Rabelo, coordenadora da disciplina e da residência em Endocrinologia entre 1978 e 1995, comentou sobre esse episódio:

*Na faculdade de Medicina tornei-me profa. livre docente em 1978, com a tese Avaliação da reserva Funcional da Adenohipófise: estudo em portadores de doenças do hipotálamo e da hipófise. [...] Durante toda minha trajetória como coordenadora, seja da residência ou da disciplina, meu principal objetivo foi o de propiciar um ambiente harmônico, onde todos pudessem crescer profissionalmente. [...] [A Endocrinologia] foi uma especialidade que acompanhei e participei ativamente da implantação. [...] Além do privilégio de servir a população mais carente, oferecendo um cuidado diferenciado, de qualidade, destaco também o de ter contribuído para a formação de altamente qualificados. Como todas as nossas atividades ambulatoriais integravam a tríade acadêmica: assistência, ensino e pesquisa, nossa equipe pôde oferecer uma formação completa aos estudantes de graduação e pós-graduação. [...] O Manual Prático de Endocrinologia, livro que publiquei, foi um tributo a todos os residentes e estagiários que atuaram em nosso serviço. Aprendi muito com cada um deles e guardo a todos no coração. Foram eles que me incentivaram na busca pelo exercício clínico humano, baseado no conhecimento científico. [...] Ambas as edições do Manual Prático de Endocrinologia (2000 e 2003) tiveram a honra de ter o prefácio escrito pela grande dama da Endocrinologia da Bahia, a profa. Anita Teixeira. (RABELO, 2021)*

Os conhecimentos sobre Endocrinologia, portanto, se difundiram e proliferaram no território baiano graças aos diversos endocrinologistas e acadêmicos, formados aqui ou fora do estado, que contribuíram para o enriquecimento no olhar acerca do paciente endocrinológico.

## **A ENDOCRINOLOGIA NA GAZETA MÉDICA DA BAHIA**

A primeira revista médica brasileira, estritamente voltada para publicações científicas da área médica foi a *Gazeta Médica da Bahia*. Seus fundadores foram sete ilustres médicos da cidade da Bahia e o estudante de Medicina Antonio Pacifico Pereira. (TAVARES-NETO, [201-?]) Foi o periódico médico de mais extensa circulação contínua e que angariou grande prestígio internacional entre as revistas médicas brasileiras, figurou como a mais importante publicação científica brasileira do século passado. (CRUZ, 2007)

A *Gazeta Médica da Bahia* circulou regularmente entre 1866 e 1934 e, depois desse período, teve um longo hiato de mais de 30 anos até que a revista foi reativada em 1966, permaneceu até 1972, com um número avulso em 1976 quando entrou novamente em inatividade. Em 1984, os professores Eurydice Pires de

Sant'Anna (Escola de Biblioteconomia) e Rodolfo Teixeira (FMB) organizaram o índice cumulativo da revista de 1866 a 1976, com a citação de todos os 3.870 trabalhos publicados naquele período. (AZEVEDO, 2008; TAVARES-NETO, [201-?]) Mais recentemente, em 2002, foram digitalizados todos os trabalhos publicados até 1976 e alguns textos em livro-impresso, pela dra. Luciana Bastianelli, da Gráfica CONTEXTO, em Salvador, Bahia. (TAVARES-NETO, 2021) Em 18 de outubro de 2004, no Dia do Médico, a *Gazeta Médica da Bahia* renasce pela terceira vez, editada pelo próprio diretor da FMB no período, prof. José Tavares-Neto. Este assume o trabalho de editoração e de revisão e, nesta edição, foram compilados os trabalhos que fundamentaram o ensino médico no Brasil. Em 2008, na comemoração do bicentenário da FMB, com o apoio da profa. Aldina Barral, todos os números da revista – de 1866 a 1984 e os conteúdos publicados a partir de 2004 – foram compilados pela dra. Luciana Bastianelli e publicados no *site* da *Gazeta Médica da Bahia*. (AZEVEDO, 2008; TAVARES-NETO, [201-?])

Na introdução da primeira edição publicada pela revista, em 9 de julho de 1866, os autores trazem como justificativa à sua fundação a seguinte passagem:

[...] concentrar, quanto for possível, os elementos activos da classe medica, afim de que, mais unidos e fortificando-se mutuamente, concorram para aumentar-lhe os creditos, e a consideração publica; difundir todos os conhecimentos que a observação própria ou alheia nos possa revelar; acompanhar o progresso da sciencia nos paizes mais cultos; estudar as questões que mais particularmente interessam ao nosso paiz; e pugnar pela união, dignidade e independência da nossa profissão. (DAMAZIO, 1866, p. 3)

Essas funções foram atendidas com maestria durante os períodos que a revista ficou ativa.

Acerca da intersecção de temas que hoje são abordados pela Endocrinologia e que foram expostos na *Gazeta Médica da Bahia*, já na segunda edição da revista temos referência à deficiência de tiamina, retratada como beribéri na época, bem como a citação de um tratamento inovador para o diabetes com o citrato de sódio e a menção a tísica diabética.

À época da publicação do segundo volume da revista, em 15 de janeiro de 1868, estava sendo relatada uma epidemia de uma nova doença na Bahia, referida como sendo de alta mortalidade e baixos índices de resposta ao tratamento farmacológico. O dr. Silva Lima a descreveu na gazeta como uma enfermidade caracterizada por paralisia, edema e fraqueza. No mesmo período existia nas Antilhas uma enfermidade com as mesmas características, sendo chamada de “engenhos”. O dr. Méricourt comparando a nova enfermidade da Bahia e das Antilhas concluiu que

se tratava da mesma doença, o beribéri, e, com a surpresa de não ser exclusiva das Índias, a revelação foi feita na revista *Archives de Medecine Navale* em 1864.

Entre 1866 – ano da fundação da gazeta – e 1869, sob o título de “Contribuição para a História de uma Moléstia que Reina Atualmente na Bahia sob Forma Epidêmica e Caracterizada por Paralisia, Edema e Fraqueza Geral”, os trabalhos publicados por José Francisco Silva Lima sobre beribéri na revista foram reeditados e publicados em um livro em 1872 com o nome de *Ensaio sobre o Beribéri no Brasil*. (CRUZ, 2007) Publicações sobre o assunto foram veiculadas na gazeta até 1926. Em 1920, divulgou-se, inclusive, um artigo intitulado “Síndrome *Endocrínica* do Beribéri”. (CRUZ, 2007)

Sobre o citrato de soda para tratamento do Diabete Mellitus (DM), a gazeta lançou uma resenha do *Journal of Medical Chemistry* que tinha publicado estudos que pareciam demonstrar que o citrato de sódio tinha a propriedade de fazer “desaparecer a glicose” da urina diabética na dose de 8 gramas por dia se o sal fosse utilizado para temperar os alimentos em substituição ao sal comum. (O CITRATO..., 1868, p. 246)

Houve também uma associação entre a tísica pulmonar, hoje chamada de tuberculose, e o DM, trazida na *Gazeta Médica da Bahia* sob o título “Resenha Terapêutica”, comentando sobre a publicação feita no *Med. Times and Gaz.*, em 2 de março de 1807, por Benjamin Itichards, o qual considerou que havia uma afinidade patológica entre as duas doenças, o que fazia coincidir muitas vezes devido ao intermédio do sistema nervoso. Segundo ele, a tísica só ocorria com o DM quando este dependia de alguma lesão na base do cérebro, de modo que a mesma lesão nervosa estaria envolvida na “origem dos nervos que se distribuem no tecido pulmonar”. (TRATAMENTO..., 1868, p. 33)

Ainda sobre o DM, no quarto volume da revista é relatada uma pesquisa feita por Mayet, na qual ele degradava 100 gramas de “pão ordinário” e 100 gramas de “pão de glúten” em recipientes diferentes sob a ação do ácido sulfúrico. Ele dosou a proporção de açúcar dos digeridos e chegou à conclusão de que a mesma quantidade de pão de glúten tinha menos açúcar que o pão ordinário e, com isso, aquele poderia entrar na alimentação dos chamados “glicosúricos” assim como outros alimentos “feculentos”, de modo a tornar mais variada a alimentação desses pacientes. (ALIMENTAÇÃO..., 1869, p. 108) Também nesta edição foi relatado um episódio de cura do DM em uma paciente após ingestão de doses de ópio aumentadas gradativamente:

[...] à dose de 10 a 12 grãos por dia, com um régimem muito excitante, compreendendo 4 onças d’aguardente e 2 garrafas de soda. A quantidade de assucar, que era de 3,275 grãos por dia em Maio, estava reduzida a zero

em Outubro, sob a influencia d'este tratamento alternado, porém não interrompido. (CURA..., 1870, p. 124)

O volume quatro da *Gazeta Médica da Bahia* também traz uma resenha sobre o uso da ergorina contra a galactorreia em mulheres, mostrando resultados positivos. Nesse mesmo volume ainda foram publicados relatos de casos de gravidez após a retirada de ovários, não foi especificado se a retirada era bilateral, sem relatos de sofrimento materno ou fetal.

Além disso, ao longo das edições da revista, outras referências a doenças da área da Endocrinologia foram feitas. Thomas Cruz listou as referências feitas na revista durante seu primeiro período de atividade (1866-1934), foram elas:

Tratamento do diabetes, por arsênico (1873), sulfureto de cálcio (1876), salicilato (1879 e 1887), fósforo (1884), dieta (1885), iodofórmio (1886), antipirina (1888), santonina (1907). Medida da glicosúria é descrita em 1905, 1908, 1925. Complicações crônicas do diabetes são referidas desde 1877 (ciática); fenômenos nervosos, em 1885; o mal perfurante plantar, em 1886; gangrena, em 1887; problemas oculares, em 1902. A tireóide comparece desde 1873 (correntes contínuas para tratamento da doença de Basedow). Depois há referências a cura (1878), etiologia (1889) e métodos terapêuticos (iodo e desenhos, 1878; ergotina, 1879) do bócio. O tratamento do hipertireoidismo surge novamente em 1911 e 1912. Tetania da gravidez e tratamento pelo cálcio são comentados em 1912. Do magnésio já se tratara em 1895. Raquitismo e osteomalácia são descritos em 1885 e 1929; Paget, em 1890; von Recklinghausen, em 1915; diátese fosfórica, em 1919. A adrenalina surge em comentário de 1902; a oxitocina, em 1923. Substâncias do crescimento são mencionadas em 1922. Índices de robustez e obesidade infantil e pelagra são abordados em 1923, 1925 e 1931. Arteriosclerose em menina de 13 anos é mencionada em 1908; gota, em 1901, 1902 e 1903. Problemas gonadais vão da hiperplasia prostática (1894 e 1916) ao hermafroditismo (1883, 1926) e à hipospádia (1915 e 1916), passando pelos distúrbios menstruais (1892, 1895), a esterilidade (1878) e o tratamento da impotência (1907). (CRUZ, 2007)

Infelizmente a gazeta está em inatividade mais uma vez, com seu último volume publicado em 2011, deixando um grande vazio na Medicina baiana. Desejamos que futuramente, os professores e diretores da FMB possam se dedicar novamente a esse projeto, fazendo renascer essa revista que teve a Bahia como berço, mas se expandiu e contribuiu significativamente para a produção científica brasileira

## **SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, REGIONAL BAHIA**

Com o intuito de unir esforços para tornar a Endocrinologia uma especialidade médica muito mais influente e ampla, em uma época de profusão de doenças da tireoide, obesidade e DM, surgiu, em 1º de setembro de 1950, a iniciativa de criação da Sociedade de Endocrinologia e Metabologia do Rio de Janeiro – a primeira regional. Passados quase um ano desde a fundação da sociedade, o prof. dr. Waldemar Berardinelli – criador do Instituto de Endocrinologia da Santa Casa e que, três anos depois, viria a se tornar o primeiro presidente da SBEM – fundou a atual revista científica oficial da SBEM, *Archives of Endocrinology and Metabolism* (AE&M). (VALLE, 2002, 2007) O início do funcionamento desse periódico representou um grande movimento a favor da ciência brasileira, sendo, nos dias atuais, uma das principais revistas médicas brasileiras, com publicações nacionais e internacionais. Após contatos e acordos entre as duas regionais existentes no momento – a de São Paulo e a do Rio de Janeiro –, em 30 de agosto de 1954, fundava-se oficialmente a SBEM Nacional. (SBEM, 2021)

Nesse mesmo período, uma jovem talentosa e uma das primeiras médicas brasileiras a realizar uma pós-graduação no exterior, a profa. dra. Anita Guiomar Franco Teixeira, em parceria com o então presidente da SBEM Nacional, dr. Luiz Carlos Lobo, e outros especialistas baianos, fundaram, em 10 de junho de 1965, a SBEM Regional Bahia (SBEM-BA). A criação dessa regional veio de um processo de busca pela expansão da SBEM pelos estados brasileiros. Na Bahia, a sociedade teve como sua primeira presidente a figura de dra. Anita Guiomar. Foi por intermédio dessa médica, dotada do dom da comunicação, de uma inteligência aguçada e humanidade extremada, conforme os escritos da época, que a Endocrinologia baiana e a SBEM-BA ganharam respaldo nacional. (ARAÚJO; JACOBINA, 2007; VALLE, 2002) Já solidificada e sob nova chefia – dr. Antônio Biscala –, em dezembro de 1968, a SBEM-BA promoveu a I Jornada Baiana de Endocrinologia e Metabologia, um evento baseado em um curso de atualização já realizado no Hospital Naval e que foi tido, na época, como bem-sucedida. (CRUZ, 2007)

No decorrer do tempo, muitos avanços nos campos do ensino e pesquisa da Endocrinologia baiana e, conseqüentemente, do prestígio desta foram conquistados por intermédio da SBEM-BA. Entre esses estão a realização do XII Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia (CBEM) e II Congresso Brasileiro de Diabetes (1976), da III Jornada Norte-Nordeste de Endocrinologia e Metabologia, que tiveram como mentores prof. Thomaz Cruz (Bahia) e prof. Alcides Temporal (Pernambuco) (1984) e a organização de cursos acerca dos distúrbios do desenvolvimento sexual (DDS) (1974) e sobre Endocrinologia pediátrica (1979 e 1989).

Em 1996, encontra-se a parceria de sucesso singular entre a SBEM Nacional e a Regional da Bahia e Sergipe na construção do XXII CBEM. Isso ocorre porque, ao contar com o apoio de sociedades afins – tais como, Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso) – para a escolha das temáticas mais relevantes da época, essa edição do CBEM significou uma reforma na organização do evento. Além disso, contou com a presença de 37 convidados estrangeiros. No ano subsequente, realizou-se o I Congresso de Endocrinologia de Língua Portuguesa, o qual foi marcado pela presença de especialistas oriundos de Portugal e de outros países lusófonos da África. (CRUZ, 2007; POVOA, 2000)

Com a chegada do século XXI, as ações da SBEM-BA continuaram a se expandir objetivando tanto a valorização da Endocrinologia baiana quanto a busca pela promoção de campanhas, nas cidades do estado, acerca das prevenções primária e secundária de endocrinopatias prevalentes.

Na área de eventos, uma conquista significativa foi a realização, em 2006, do I Congresso Baiano de Endocrinologia e Metabologia, o tradicional EndoBahia, que, até o ano de 2021, se encontra na sua sexta edição. (VINHAES, 2021) De 20 a 24 de setembro de 2016, presidido pelo dr. Fábio Trujilho ocorreu o XXXII CBEM em Costa do Sauípe (BA). Esse congresso foi tido como um sucesso em virtude da sua rica e atualizada programação científica e social. Em destaque científico, o evento contou com a participação de quatro convidados da European Society of Endocrinology e três palestrantes da Hormone Research, sociedade de pesquisa em hormônio de crescimento. (SBEM, 2016) Para além do componente técnico, tal congresso reforçou o orgulho de ser endocrinologista baiano e, inovou, ao trazer, na sua programação social, grandes ícones da cultura baiana na cerimônia de abertura e na festa de encerramento, sendo, respectivamente, as apresentações dos artistas do Projeto Axé e de Durval Lelys, consagrado cantor de axé, em um trio elétrico. (SBEM – REGIONAL BAHIA, 2016)

Em termos de ações para a comunidade, em 2019, em apoio a campanha da SBEM Nacional ocorreu, em Salvador (BA), por intermédio da mídia em ônibus, uma campanha de conscientização sobre a necessidade do funcionamento adequado da tireoide durante o período gestacional. (SBEM – REGIONAL BAHIA, 2019)

Com a maior aceleração do avanço técnico-científico-informacional e a internet ocupando um espaço cada vez mais significativo na sociedade, a SBEM-BA percebeu a necessidade de se adaptar e, a partir da gestão do biênio 2015-2016 – presidida pelo prof. dr. Joaquim Custódio Jr. –, houve a inserção da regional nas mídias sociais. (SBEM – REGIONAL BAHIA, 2015) Por intermédio desses meios de comunicação, ocorreram inúmeras campanhas virtuais alertando os profissionais de saúde e a população leiga sobre a importância do combate ao DM, dislipidemia

e outros distúrbios endócrinos e metabólicos. Além disso, foram feitas campanhas de conscientização sobre as recorrentes e tão danosas *fake news* – um dos maiores problemas sociais da atualidade. Outrossim, tornou-se possível a SBEM-BA se manter mais próxima e apoiar as ações de outras regionais e da SBEM Nacional. (SBEM – REGIONAL BAHIA, 2018)

Muito por conta dessa perspicácia em se adaptar ao meio virtual previamente que, durante a pandemia pela covid-19, apesar de ter representado um grande empecilho ao seu pleno funcionamento, a SBEM-BA conseguiu moldar parte significativa das suas atividades para tal ambiente. Um grande exemplo de sucesso nesse percurso foi a adaptação do núcleo de tireoide – fundado durante a presidência da profa. dra. Alcina Vinhaes no biênio 2019-2020 – para o formato de Ensino a Distância (EaD). Esse projeto tem como intuito discutir temáticas da tireoidologia de uma perspectiva multidisciplinar, isto é, da ótica da Endocrinologia, patologia, cirurgia de cabeça e pescoço, Medicina Nuclear e Radiologia. Nessas reuniões, que ocorrem em ambiente virtual até a data de publicação desse livro, notou-se uma participação maciça de profissionais de outras regiões brasileiras. (VINHAES, 2021) Além disso, um momento marcante desse período foi a promoção do ENDODIABETES BAHIA 2021. Esse evento, realizado totalmente em ambiente virtual, foi um produto da união de dois eventos tradicionais: o EndoBahia e o Diabetes Bahia, promovidos, respectivamente, pelas SBEM-BA e SBD-BA. (TRUJILHO; VINHAES, 2021) Tal congresso virtual aconteceu nos dias 6 e 7 de agosto de 2021 e contou com 425 participantes oriundos dos mais diversos estados brasileiros.

## **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS**

Visando expandir os campos de práticas e melhorar o aprendizado dos discentes dos cursos de Medicina e Enfermagem da UFBA – muito demandados pelo movimento estudantil da época –, em 1948, o cirurgião e o considerado mais ilustre reitor da UFBA, dr. Edgard Rêgo Santos, criou o Hospital das Clínicas. Hoje, denominado Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), que compõe, em conjunto aos seus anexos – Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira e o Ambulatório Magalhães Neto – o atual Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES). Gerenciado recentemente pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), o COM-HUPES representa um dos mais importantes hospitais brasileiros com atendimento exclusivo para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência baiana para o tratamento de doenças de média e alta complexidades. (POVOA, 2000; SANTANA, 2018)

Nos anos subsequentes à sua fundação, o HUPES já se encontrava consolidado no atendimento e tratamento de variadas condições médicas estudadas

pelas mais amplas subespecialidades da clínica médica. Foi, em 1971, ano em que dra. Anita Guiomar, professora da FMB, em parceria com outros dois endocrinologistas que trabalhavam nas primeira e segunda Clínica Médica e na Terapêutica Clínica do HUPES, concordaram em unir os seus ambulatórios e abrir o Ambulatório de Endocrinologia Geral. (CRUZ, 2007) A partir desse exemplo, foram desenvolvidos outros ambulatórios assistenciais no hospital universitário que visavam o diagnóstico e manejo de outras endocrinopatias, entre esses os de distúrbios da tireoide, de obesidade e o de diabetes. Esse último contou também, para a sua criação, com a atuação significativa da dra. Anita Guiomar. (POVOA, 2000)

Foi no ambulatório de diabetes, onde a dra. Anita desenvolveu um trabalho inédito até tal momento, ela foi pioneira em ressaltar o valor do trabalho multiprofissional para um melhor manejo do diabetes. Diante dessa perspectiva, ela conseguiu captar, para esse ambulatório do hospital universitário, a participação de outros profissionais da UFBA, tais como nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Por conseguinte, ao realizar tal movimento Anita rompia com a lógica 'organicista' ainda fortemente vigente na época em que havia certo desprezo pelas questões psicossocioculturais do indivíduo enfermo e trazia para a luz a necessidade de educação do paciente e dos seus familiares acerca da doença e, também, a importância de um olhar integral, em consonância com o conceito abrangente de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS). (ARAÚJO; JACOBINA, 2007)

Além de tais serviços de Endocrinologia do HUPES, a fundação e a atuação de ambulatórios direcionados para a Endocrinologia pediátrica e, também, a reprodutiva marcaram – e marcam – positivamente a atuação de tal especialidade em solo baiano. Em 1982, houve a implantação, pelo dr. Thomaz Cruz, do Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica que teve como residentes pioneiras dra. Betânia Pereira e dra. Ângela Hiltner. (CRUZ, 2007) No decorrer do tempo, esse ambulatório vanguardista e que, portanto, muito contribuiu para o crescimento dessa área da Endocrinologia em solo baiano, contou com a contribuição na preceptoria de dra. Alcina Vinhaes, dra. Isabel Carmen Freitas, dra. Betânia Pereira, dra. Margarida Britto, dra. Luciana Barros e dr. José Antônio Diniz. (VINHAES, 2021)

Com os avanços recentes do SUS no reconhecimento e valorização da pluralidade de identidade de gênero, tornou possível, por intermédio do exercício da Endocrinologia, atenuar iniquidades para com os indivíduos transgênero, população historicamente estigmatizada. Esse passo, em prol da equidade social e do paradigma holístico do conceito de saúde, foi factível devido à Portaria nº 1.707 de 2008 – instituiu o processo transexualizador no SUS e a necessidade de capacitação da equipe de saúde para um atendimento pautado no respeito – e à Portaria



nº 2.803 de 2013 – que, revogando a determinação anterior, teve como principal objetivo redefinir e ampliar o cuidado à saúde da população trans desde a atenção básica até o nível terciário. A partir disso, tem-se a autorização para o funcionamento do ambulatório transexualizador em hospital universitário. (SOUZA; BERNARDES, 2020)

No período de aprovação da Portaria nº 2.803, morando nos Estados Unidos em função da realização do pós-doutorado em Endocrinologia Reprodutiva no Massachusetts General Hospital – Harvard University, a dra. Luciana Barros, com vasta experiência no trabalho com pacientes intersexuais no ambulatório de Distúrbios do Desenvolvimento Sexual e sensível às causas da população trans, mostrou, desde o início, desejo de cuidar desse público. Nesse sentido, assim que retornou para Salvador, em 2014, direcionou seus esforços para a construção do Ambulatório Transexualizador. Entretanto, aproximadamente quatro anos se passaram entre a criação do projeto e a inauguração do ambulatório, haja vista que, conforme dra. Luciana Barros narra em entrevista, o processo sofreu entraves diante da escassez de profissionais de distintas formações, capacitados e dispostos a atender a população trans. Além disso, houve resistência da administração do HUPES ao funcionamento do ambulatório. Para superar o segundo entrave, foi necessário o movimento social organizado dos homens trans acionar a justiça para que a reitoria da UFBA intervisse nos trâmites de tal processo e viabilizasse o funcionamento do ambulatório. (OLIVEIRA, L., 2021)

Até o ano de 2021, aproximadamente três anos se passaram desde a inauguração desse ambulatório. Entretanto, foram obtidos incalculáveis avanços em termos de conscientização e capacitação profissional multidisciplinar para o atendimento de tal população, assim como das próprias pessoas transgênero para acesso ao serviço de saúde. Para além disso, no campo educacional, o desenvolvimento dessa área da Endocrinologia representa uma tendência de ruptura ao olhar de atenção à saúde atrelado a cis normatividade, preconceituoso e discriminatório. Por conseguinte, essa postura rompe barreiras, sendo capaz de sensibilizar, progressivamente, graduando da área de saúde, residentes em Endocrinologia, endocrinologistas e toda a população civil para a importância da garantia dos princípios norteadores do SUS e valorização da vida desses atores sociais. (OLIVEIRA, L., 2021; SOUZA; BERNARDES, 2020)

Em adição ao aspecto assistencial, o funcionamento do serviço de Endocrinologia no HUPES segue, conforme garante a dra. Luciana Barros – supervisora da residência médica em Endocrinologia e Metabologia FMB/HUPES –, os outros dois pilares do “tripé” que orienta as ações do COM-HUPES: a pesquisa e o ensino. (OLIVEIRA, L., 2021) Convergente a esse pensamento, em 1974, teve início a Residência Médica em Endocrinologia, no curso de especialização na Área

Médica sob a forma de residência (CEAMFOR). (POVOA, 2000) Esse programa de formação de novos endocrinologistas contou com a coordenação e dedicação de grandes nomes na Endocrinologia baiana, tais como dra. Maria Marcílio Rabelo, dr. Thomaz Cruz, dra. Alcina Vinhaes, dra. Margarida Britto, dra. Ana Cláudia Ramalho e dra. Luciana Barros. (VINHAES, 2021) Esse processo contínuo de crescimento conseguiu exercer um papel assistencial de alta qualidade em nível ambulatorial e de enfermaria, assim como na promoção do ensino dos residentes e estagiários e de investigações científicas.

O acesso a tal programa de residência ocorre de modo similar aos de outros centros formadores de Endocrinologia na Bahia, o Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA) e o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS). Os candidatos são submetidos a um processo seletivo unificado de residência médica da Bahia promovido pela Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM/BA). Esta especialização em Endocrinologia e Metabologia tem duração de dois anos e possui como pré-requisito a conclusão da residência em Clínica Médica. Durante os dois anos de especialização, os residentes tornam-se responsáveis pelo atendimento clínico longitudinal dos pacientes dos oito ambulatórios do serviço de Endocrinologia: Obesidade, Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, Distúrbios da Tireoide, Endocrinologia Geral, Distúrbios do Desenvolvimento Sexual, Endocrinologia Pediátrica e Transexualizador. (OLIVEIRA, L., 2021; VINHAES, 2021) Além disso, os pós-graduandos desse hospital-escola respondem pelas interconsultas do serviço de Endocrinologia do HUPES e pelo pré e pós-operatório dos pacientes submetidos a cirurgia com possíveis repercussões endócrinas. Há ainda a possibilidade de realização, durante dois meses do segundo ano de residência, de estágios opcionais em Ginecologia e Obstetrícia endócrinas, ambulatório de diabetes pancreático, punção tireoidiana e outros serviços externos do interesse do residente. Além disso, o serviço conta com sessões didáticas de discussão de artigos e temáticas atualmente discutidas na Endocrinologia. (OLIVEIRA, L., 2021)

Em decorrência da pandemia o serviço precisou reduzir o número de pacientes e sofreu perda no número de preceptores, haja vista que uma parcela considerável das médicas preceptoras eram do grupo de risco para a covid-19. (OLIVEIRA, L., 2021) Contudo, o serviço de residência do HUPES, aos poucos vem retornando a sua normalidade e padrão de qualidade responsável por formar endocrinologistas de grande destaque para a Endocrinologia baiana e nacional, entre os exemplos, temos dra. Reine Chaves, dra. Iraci Lucia Oliveira, dr. Luis Fernando Adan, dr. Joaquim Custódio Jr, dra. Ana Cláudia Couto, dra. Lísia Marcílio Rabelo e muitos outros.

## **CENTRO DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA DA BAHIA (CEDEBA)**

O CEDEBA foi inaugurado em 24 de março de 1994, pela Secretaria Estadual da Saúde (Sesab), funcionando inicialmente em anexo ao HGRS, com apenas duas salas de consultório (Figura 1). Somente em 1997, conquistou a sua primeira sede própria, localizada no bairro do Rio Vermelho, em Salvador, com um espaço mais adequado. Entretanto, com o crescente número de pacientes, tornou-se necessária a expansão de sua estrutura física, e, em 2002, passou a situar-se no Centro de Atenção à Saúde Professor José Maria de Magalhães Netto (CAS/Sesab), em uma área de 3,3 mil metros quadrados. (SESAB, 2017a)



**Figura 1** – Inauguração do CEDEBA em 1994  
Fonte: diretoria CEDEBA.

O CEDEBA teve como fundadora, e desde então diretora, dra. Reine Marie Chaves Fonseca, médica endocrinologista, formada pela FMB, e também primeira presidente eleita da SBD-Regional Bahia (SBD-BA). O sonho da criação de um centro especializado em doenças crônicas e endocrinopatias em nosso país nasceu após a sua participação em um treinamento especializado no centro de diabetes da George Washington University Medical Center (Washington – EUA), entre 1989 e 1990. O CEDEBA surge, então, a partir de grandes esforços de um pequeno grupo de profissionais qualificados, com base em um modelo de discussão multiprofissional integrada, que buscava garantir uma melhor qualidade de assistência à população diabética e portadora de endocrinopatias, em um contexto do crescimento epidemiológico destas patologias na região. Posteriormente, em seu

discurso de posse na Academia de Medicina da Bahia, em 2017, Reine afirmou que a fundação do centro foi a missão da sua vida e a realização do sonho de uma saúde pública de qualidade. (FONSECA, 2017, 2019, 2021)

Durante o processo de formação e consolidação do CEDEBA, foram realizados diversos treinamentos e cursos em “diabetologia” em Salvador e em municípios do interior da Bahia, capacitando profissionais acerca da triagem da doença, com distribuição de glicosímetros, além da introdução e propagação de novas condutas medicamentosas no tratamento do diabetes na Bahia. O centro ganhou destaque no cenário nacional e mundial, tendo sido reconhecido pela OMS, como primeiro centro colaborador do Brasil, 3º na América Latina e 24º no mundo, e também como centro colaborador da World Diabetes Foundation (WDF), pela capacitação e treinamento de profissionais e programas de educação em diabetes. (FONSECA, 2019, 2021)

Em 2021, o CEDEBA chegou à marca de mais de 60 mil pacientes inscritos, procedentes de Salvador e de diversos municípios do interior baiano. Atualmente, conta com 248 profissionais de diversas áreas da saúde e oferece assistência especializada a portadores de condições como diabetes, obesidade, disfunções tireoidianas, dentre muitas outras patologias de etiologia hormonal. Além disso, a unidade presta atendimento multidisciplinar voltado também ao tratamento de complicações causadas pela evolução das endocrinopatias, abrindo espaço para especialidades como Angiologia, Cardiologia, Ginecologia, Nefrologia, Oftalmologia, Psiquiatria e Urologia, além da Endocrinologia Pediátrica, com atuação conjunta com a Psicologia e a Nutrição. (FONSECA, 2021; SESAB, 2017b)

O CEDEBA busca também promover a educação dos pacientes acerca do DM, sendo este um dos pilares do tratamento eficaz desta doença. Assim, são produzidos e amplamente distribuídos materiais educativos, como cartilhas e *folders*: “Seus rins e o Diabetes”, “Seus olhos e o Diabetes”, “Cartão do pé”, “Aplicação de insulina”, dentre tantos outros voltados tanto para adultos como para crianças. Há materiais disponíveis também para profissionais de saúde, que envolvem orientações para condutas em emergências no DM, recomendações clínicas para controle da doença, cartilhas para agentes comunitários de saúde e outros materiais que auxiliam na socialização do conhecimento do DM. (FONSECA, 2019)

O CEDEBA iniciou o seu programa de residência médica na área da Endocrinologia ainda no ano de 2011, com a coordenação do prof. dr. Alexis Guedes. A sua implantação se deu diante da necessidade de ampliar a assistência médica endocrinológica especializada à população, visto haver uma relação impressionante de 124.045 habitantes por especialista no estado da Bahia. A residência funciona com dois anos de treinamento, que contempla um programa ambulatorial específico, que acontece no próprio centro, nas subáreas da Endocrinologia:

DM, obesidade, pós-bariátrica, disfunções tireoidianas, nódulos e tumores tireoidianos, gônadas e desenvolvimento, neuroendocrinologia, glândula adrenal e metabolismo ósseo. Já durante o programa hospitalar, os residentes prestam assistência aos pacientes internados e que dão entrada no setor de emergência do HGRS, este em regime de plantão. Este programa pode ser considerado uma das primeiras opções para quem busca a especialização em Endocrinologia na Bahia e também no Brasil. (CEDEBA, 2010; FONSECA, 2019, 2021; SESAB, 2011)

Em 2020, com os desafios trazidos pela pandemia da covid-19, o CEDEBA entrou em uma nova fase: a implantação do serviço de telemedicina – projeto que já estava em discussão desde o ano de 2019, sendo finalmente aprovado após a autorização de teleconsultas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), devido ao contexto da pandemia. A telemedicina foi de extrema importância para os usuários do CEDEBA, já que muitos fazem parte do grupo de risco para a covid-19. Mesmo de forma remota, os pacientes continuaram sendo assistidos por uma equipe multidisciplinar e, além do atendimento, foram realizadas atividades com foco educacional, a partir da produção de vídeos educativos e de um manual de orientação para pacientes com endocrinopatias durante a pandemia da covid-19. (SESAB, 2020a, 2020b)

O CEDEBA, então, desde a sua fundação, não apenas preenche lacunas existentes no sistema de saúde baiano, mas tem transformado a realidade de milhares de pacientes que são assistidos de forma multiprofissional, individualizada e especializada com foco na saúde integral do paciente. Mesmo diante de diversos desafios enfrentados durante toda a sua história, o CEDEBA tem demonstrado a capacidade de se reinventar e de se adaptar, mantendo firmes os seus valores e a sua missão.

## **HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS**

O Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), inaugurado no dia 5 de março de 1979, pode ser hoje considerado o maior hospital da rede pública na Bahia e um dos maiores do Nordeste. Atualmente, possui 640 leitos, envolvendo atendimentos de média e alta complexidade, sendo referência no estado em especialidades como emergência geral, neurocirurgia, Pediatria e Clínica Médica. (SESAB, 2017c)

O serviço de Endocrinologia do HGRS teve início em 1987, inicialmente com a dra. Reine Chaves e o dr. Osmário Mattos Sales à frente do serviço. Em 1994, em uma área anexa ao HGRS, surgiu o CEDEBA, com o intuito de assistir à população portadora de diabetes e endocrinopatias, para que se diminuísse o tempo de permanência desses pacientes nas unidades hospitalares. O centro, por ocupar uma área no complexo do HGRS, contava com a comodidade do apoio hospitalar e dos leitos de enfermagem do hospital. O CEDEBA permaneceu no anexo do HGRS até o ano de

1997, quando foi transferido para uma nova sede. A partir de então, o dr. Severino Farias assumiu a coordenação do serviço de Endocrinologia do HGRS, juntamente com a dra. Diana Viegas. Em 1998, a dra. Maria de Lourdes Lima também passa a compor a equipe. O dr. Severino e a dra. Diana deixaram o serviço em 1999, e com isso, dr. Osmário assume a coordenação. A dra. Maria de Lourdes permaneceu na equipe e novos endocrinologistas se juntaram a ela: Marlene Martins, Adriana Viana, Rita Chaves e Ana Claudia Ramalho. As médicas Ana Maria Alves e Iane Gusmão também fizeram parte do serviço até o ano de 2009. No ano de 2010, a dra. Karyne Barbosa se juntou ao grupo, e mais recentemente, a dra. Fabiana Freire, fortalecendo o serviço na área da neuroendocrinologia. (FONSECA, 2019, 2021; VIANA, 2021)

O programa de residência médica do hospital surgiu em 1997 e, até o momento atual, 47 endocrinologistas se formaram pelo serviço. Durante os dois anos de formação, o residente atua em atividades ambulatoriais e hospitalares. No contexto ambulatorial, o residente realiza o atendimento do paciente, assistindo-o quanto à conduta e ao acompanhamento na especialidade. No hospitalar, presta atendimento a pacientes internados com endocrinopatias nos leitos destinados à Endocrinologia, mas também prestam interconsultas a outras especialidades. (VIANA, 2021)

Em 2020, com a pandemia da covid-19, o serviço de Endocrinologia do HGRS também enfrentou alguns desafios. Inicialmente, os atendimentos ambulatoriais foram suspensos, houve redução nos leitos de enfermaria da especialidade e as sessões científicas passaram a ser remotas. Paulatinamente, os atendimentos foram retomados, inicialmente, por telemedicina, e posteriormente, de forma presencial. Mesmo com a melhora parcial da crise, ainda existem restrições devido à pandemia. Elas, porém, não impediram o serviço de continuar utilizando leitos em outras enfermarias e mantendo o ensino, mesmo que de forma *on-line*. As expectativas são de, progressivamente, não somente retomar, como expandir os leitos e atendimentos, proporcionando um cuidado melhor ao paciente e uma formação mais completa ao médico residente. (VIANA, 2021)

## **A ENDOCRINOLOGIA BAIANA E SUA INTERSEÇÃO COM A PANDEMIA DA COVID-19**

Anteriormente à pandemia pelo SARS-CoV-2, já se era notória a interface entre as doenças respiratórias – assim como o seu manejo – e o sistema endócrino. Desse modo, como era de se esperar, com a covid-19 não foi diferente. (WYNANTS et al., 2020)

Nessa perspectiva, em todo o país, várias pesquisas foram iniciadas, na tentativa de correlacionar os dados médicos dos pacientes com a infecção pelo

SARS-CoV-2 e os dados da pandemia da covid-19, a fim de detectar quais os fatores de risco que predizia maior morbimortalidade. (AL-ROUSAN; AL-NAJJAR, 2020) Dentre essas variáveis, as preditoras de risco de agravamento do quadro, são a idade, sexo, presença de comorbidades – tais como diabetes e obesidade – e alguns biomarcadores, como proteína C reativa, creatinina, contagem de linfócitos, entre outros. (WYNANTS et al., 2020)

Dessa forma, no decorrer da pandemia tem-se percebido uma infecção leve em alguns pacientes, que em muitos casos, não apresentaram sintomas. No entanto, em uma outra parcela da população, os pacientes evoluem para um quadro de síndrome respiratória aguda grave. (WU; MCGOOGAN, 2020)

Esses distúrbios respiratórios provocam alterações nos órgãos endócrinos, como hipófise, tireoide e as adrenais, que podem ser acometidos de diversas formas e/ou o indivíduo, até então sem comorbidades, passa a desenvolver distúrbios endócrinos. Além disso, alterações metabólicas decorrentes do diabetes e da obesidade, podem levar a uma chuva de citocinas inflamatórias, resultando em um agravamento do quadro. (DENG; PENG, 2020) Na Bahia, estas informações podem ser comprovadas também por estudo realizado pelo professor dr. Helton Estrela, no qual ele afirma que:

*[...]o papel do endocrinologista seria essencial para o enfrentamento da pandemia. Pois, logo no início da pandemia, com o aumento do número de casos, viu-se como os pacientes com alterações endócrinas como obesidade e diabetes estavam apresentando um pior prognóstico da covid-19. Após alguns estudos chineses, americanos, entre outros, foi possível identificar a tempestade de citocinas que ocorre nos pacientes obesos e que, já era sabido essas alterações endócrinas em quadros de pneumonia, sepse etc. (ESTRELA, 2021)*

Os estudos mundiais têm demonstrado que pacientes portadores de diabetes apresentam uma maior predisposição a desenvolver infecções respiratórias, como gripes e pneumonias. (CASQUEIRO; CASQUEIRO; ALVES, 2012) Portanto, nos pacientes portadores de diabetes que testaram positivo para a covid-19, monitorar o controle glicêmico é de suma importância para reduzir os riscos de agravamento do quadro. Entretanto, até o momento dessa construção textual, ainda não existem dados suficientes para comprovar que o diabetes está ou não associado a um maior risco de contrair o SARS-CoV-2. (GUPTA et al., 2020)

De acordo com um dos primeiros estudos realizados a partir de informações de pacientes fornecidas pela Sesab, que avaliou a relação entre sintomas, comorbidades prévias e os dados demográficos de pacientes hospitalizados por covid-19, foi possível evidenciar que, quando analisada as variáveis combinadas – como

sintomas e comorbidades, febre e tosse, diabetes e doença cardiovascular –, foi possível confirmar um maior risco de mortalidade e um tempo maior de internação hospitalar desde o diagnóstico até o desfecho definitivo da covid-19. (MACEDO et al., 2020)

Em um estudo realizado aqui na Bahia, que analisava o perfil epidemiológico da segunda onda de covid-19 no estado, foi possível identificar que os pacientes que apresentavam determinadas doenças prévias (principalmente obesidade, hipertensão e diabetes), independentemente da idade, via de regra, cursavam com piores desfechos. (OLIVEIRA et al., 2021) Um estudo *in vitro* realizado nos Estados Unidos consegue explicar como o estado hiperglicêmico leva a um desfecho negativo na síndrome respiratória. Tal fato provavelmente decorre de um acúmulo de glicose nas secreções das vias aéreas. Sendo assim, as células do epitélio pulmonar ficam expostas a uma considerável concentração de glicose. Isso leva a um aumento da replicação viral e a uma alteração da resposta imune antiviral. (MORRA et al., 2018) Desse modo, os diabéticos costumam ter uma carga viral elevada e evoluem para um quadro mais grave quando infectados por um vírus respiratório (LÓPEZ-CANO et al., 2017), reforçando o que tem acontecido no Brasil. Somado ao quadro hiperglicêmico no diabetes agravado pela infecção por coronavírus, estudos recentes têm demonstrado que o SARS-CoV-2 tem tropismo por células do pâncreas, levando a danos nas ilhotas pancreáticas e a redução da liberação de insulina, favorecendo assim, o quadro hiperglicêmico, levando a necessidade de um maior controle da glicemia.

*[...] além das alterações glicêmicas, começaram a surgir estudos prospectivos chineses e italianos de possíveis alterações tireoidianas. Com isso, realizamos o primeiro e maior estudo prospectivo das Américas com avaliação tireoidiana completa. Foi muito bom, pois encontramos parâmetros de gravidade a partir dos níveis de T3 reverso, sendo um bom marcador de gravidade de doença, apresentando um desempenho melhor do que os marcadores clássicos de gravidade como a IL-6 e o D-dímero para prever mortalidade. (ESTRELA, 2021)*

Além de todos esses marcos da pesquisa mundial, brasileira e baiana para o norteamento e a compreensão de como o novo coronavírus infecta e leva ao agravamento do quadro clínico, foi necessário também investir em novas tendências dos serviços médicos na tentativa de cuidar dos pacientes e evitar a propagação do vírus sem causar desassistência. Para isso foi necessário o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), que, conforme relatado pelo prof. dr. Helton, foi de extrema importância:

*[...] com a pandemia, foi possível expandir os horizontes na Telemedicina e isso foi bom principalmente na área da Endocrinologia. O endocrinologista é um clínico e grande parte dos*



*achados patológicos é possível identificar na anamnese. Eu considero na anamnese 80% da consulta ou 50% dividindo com os dados laboratoriais que em muitas doenças esses resultados laboratoriais são cruciais para a resolução do quadro. Então com a Telemedicina esses limites físicos do consultório foram rompidos e hoje é possível atender inúmeras pessoas e dos locais mais distantes [...]. (ESTRELA, 2021)*

Com o advento da pandemia da covid-19 e a necessidade de medidas de distanciamento social como principal estratégia para evitar a transmissão do novo coronavírus, as TICs tornaram-se ferramentas essenciais para a interação entre as pessoas e para o cuidado em saúde, e nesse quesito, foi necessária uma rápida reestruturação dos vários níveis de serviços (CATAPAN; CALVO, 2020), a exemplo do Projeto Telessaúde Brasil Redes, sendo uma parceria entre a Sesab, o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Secretarias Municipais de Saúde, UFBA e Fundação Estatal de Saúde da Família (FESFSUS) (PIROPO; AMARAL, 2015) que possibilitou prestar serviços orientativos de saúde no momento mais crítico da pandemia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: PASSADO, PRESENTE E FUTURO**

A busca pela compreensão dos acontecimentos à nossa volta levou à construção do conhecimento científico que está continuamente em um processo de evolução, de forma a possibilitar que tal aprendizado contribua cada vez mais para o bem-estar social das comunidades. E, nesse sentido, a universidade tem um papel fundamental para a contribuição do saber científico nos dias atuais. Conforme definido pelo autor Paulo Freire (1966, p. 39), “não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino”. Entretanto, nem sempre há o devido incentivo para tal, de forma que os números falam por si. De acordo com o último censo educacional, realizado no ano de 2016, em todo o território nacional há apenas 37.640 grupos voltados para pesquisa. Tal dado e a falta de incentivo, sobretudo nos dias atuais, é reforçado pelo depoimento do professor dr. Helton, ao trazer o seguinte relato após ser questionado sobre sua perspectiva quanto ao avanço ou retrocesso nas políticas de incentivo à pesquisa:

*[...] Desde 2011, quando entrei na UFBA [...] ganhei muitos editais. Acho que ganhei 5 ou 6 editais, somando dá mais de 1 milhão de reais, e foi com esses editais que a gente conseguiu fazer reforma da sala, comprar equipamentos, comprar todos os reagentes, cada equipamento ali custa uma grana, aparelho de PCR custa 100.000,00 [...] então, tinha muito incentivo para pesquisa, para estruturação, e tinha também editais para jovem doutor. Isso é muito legal, porque quando cheguei na UFBA eu era professor, jovem, não tinha tido aluno nenhum, não tinha muita publicação, e é muito ruim quando você vai disputar grana com pessoas que*

*já estão ali, que já tem laboratório, já tem lista de publicação. E o CNPq tinha edital separado para jovem doutor [...] que facilitou muito pra mim [...].* (ESTRELA, 2021)

Tão importante quanto o incentivo à pesquisa, podemos citar o aumento do número de profissionais mulheres na Endocrinologia. Conforme dados da Demografia Médica no Brasil (2020), resultado da colaboração entre o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Universidade de São Paulo (USP), o país conta com 1.638 endocrinologistas do sexo masculino e 3.938 do sexo feminino. (SCHEFFER et al., 2020) Tal dado contrasta com o mundo do trabalho médico que é, por tradição, constituído por profissionais do sexo masculino. (MACHADO, 1997) De acordo com Machado, em 1995, havia 957 endocrinologistas do sexo feminino e 1.097 do sexo masculino. Esta mudança representa uma conquista feminina, ao passo que reflete a quebra processual do preconceito quanto ao exercício do trabalho feminino.

De acordo com o exposto, fica evidente a importância da pesquisa e o papel essencial que o médico endocrinologista tem na construção do conhecimento em busca de melhores condições de vida.

## REFERÊNCIAS

ALIMENTAÇÃO dos glycosuricos. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, ano 4, n. 81, p. 108, dez. 1869.

AL-ROUSAN, N.; AL-NAJJAR, H. Data analysis of coronavirus COVID-19 epidemic in South Korea based on recovered and death cases. *Journal of Medical Virology*, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25850>. Acesso em: 17 dez. 2021.

ARAÚJO, L.; JACOBINA, R. Anita Guiomar Franco Teixeira, destaque da endocrinologia e gerontologia brasileiras. *Faculdade de Medicina da Bahia*, Salvador, 2007. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/63>. Acesso em: 26 jun. 2021.

ARAÚJO, P. *O estudo chimico da urina interessa ao medico?* 1859. Tese (Concurso) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1859. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12516>. Acesso em: 29 jun. 2021.

ARAÚJO, P. *A physica poderá ocupar o lugar que lhe compete sem conhecer o elemento da força?* 1858. Tese (Concurso) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1858. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12526>. Acesso em: 29 jun. 2021.

AZEVÊDO, E. *Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia – Terreiro de Jesus: memória histórica 1996-2007*. [Feira de Santana]: EAMeFS, 2008.

CASQUEIRO, J.; CASQUEIRO, J; ALVES, C. Infections in patients with diabetes mellitus: a review of pathogenesis. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, Índia, v. 16, p. 27-36, Mar. 2012. Suplemento 1.

CATAPAN, S.; CALVO, M. C. Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 44, n. 1, p. e003, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/kgh8jpmcFWnTCxFv6P9RTj/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 9 dez. 2021.

CEDEBA. *Projeto de Residência Médica em Endocrinologia*. Salvador, 2010.

CRUZ, T. R. P. da. A endocrinologia na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 182-189, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/98/91>. Acesso em: 29 jun. 2021.

CURA de diabetes. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, ano 4, n. 83, p. 124-125, jan. 1870.

DAMAZIO, V. C. Introdução. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, ano 1, n. 1, p. 1-3, jul. 1866.

DENG, S. Q.; PENG, H. J. Characteristics of and public health responses to the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Journal of Clinic Medicine*, Basel, v. 9, n. 2, p. 575-584, 2020.

ESTRELA, H. R. *Entrevista a Helton Estrela Ramos sobre História da Endocrinologia na Bahia*. [Entrevista concedida a] Jair Braga, Gabriela Martins e Robson Santos. Salvador, jul. 2021.

FOLHA DA SBEM. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, ano 23, n. 109, mar. 2016. Disponível em: [https://www.endocrino.org.br/media/uploads/PDFs/1770\\_sbem109.pdf](https://www.endocrino.org.br/media/uploads/PDFs/1770_sbem109.pdf). Acesso em: 22 jul. 2021.

FONSECA, R. *Discurso de Posse na Academia de Medicina da Bahia de Reine Marie Chaves Fonseca*. Academia de Medicina da Bahia, 22 maio 2017. Disponível em: <https://www.academiademedicina-ba.org.br/discursos/discursos-de-posse/discurso-de-posse-na-academia-de-medicina-da-bahia-de-reine-marie.html>. Acesso em: 30 jun. 2021.

FONSECA, R. *Entrevista a Reine Fonseca sobre História da Endocrinologia da Bahia*. [Entrevista concedida a] Paula Sousa, João Manuel Queiroz Santos e Jair de Souza Braga Filho. Salvador, jul. 2021.

FONSECA, R. *Perfil & Opinião*. [Salvador]: TVE Bahia, 20 mar. 2019. 1 vídeo (54 min 42 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=agtPMYG-cic>. Acesso em: 30 ago. 2021.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 41. reimp. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GUPTA, R. *et al*. Clinical considerations for patients with diabetes in times of COVID-19 epidemic. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 211-212, May/June 2020.

- HARARI, Y. *Sapiens: uma breve história da humanidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- KRONENBERG, H. *et al. Williams: tratado de Endocrinologia*. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- LÓPEZ-CANO, C. *et al.* Serum Surfactant Protein D as a Biomarker for Measuring Lung Involvement in Obese Patients With Type 2 Diabetes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Washington, DC, v. 102, n. 11, p. 4109-4116, Nov. 2017.
- MACEDO, M. *et al.* Correlation between hospitalized patients' demographics, symptoms, comorbidities, and COVID-19 pandemic in Bahia, Brazil. *PLOS ONE*, San Francisco, v. 15, n. 12, p. e0243966, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0243966>. Acesso em: 12 out. 2021.
- MACHADO, M. H. (coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- MAGALHÕES, P. *Primeiros livros de Medicina publicados na Soteropoli Bahiensis*. [Entrevista cedida a] Ana Lúcia Albano. [Salvador]: Memorial da Medicina Brasileira, 2021. 1 vídeo (1 h 34 min 50 s). Publicado pelo canal Memorial da Medicina Brasileira. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7eZAHLS09Ro&t=3448s>. Acesso em: 29 jun. 2021.
- MORRA, M. E. *et al.* Clinical outcomes of current medical approaches for Middle East respiratory syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Medical Virology*, Wiley, v. 28, e1977, 2018.
- O CITRATO de soda na diabetes. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, ano 2, n. 45, p. 246, maio 1868.
- OLIVEIRA, F. M. de F. *Hospitais universitários e sua arquitetura: estudo de caso do Hospital Universitário Professor Edgar Santos*. 2010. Monografia (Especialização em Arquitetura em Sistemas de Saúde) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em: <https://geahosp.files.wordpress.com/2015/05/oliveirafernanda-hospitais-universitc3alrios-e-sua-arquitetura20101.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.
- OLIVEIRA, L. R. *et al.* Análise epidemiológica da segunda onda de COVID-19 no estado da Bahia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [s. l.], v. 13, n. 4, 2021. Disponível em: <https://18.231.186.255/index.php/saude/article/view/7006>. Acesso em: 14 mar. 2022.
- OLIVEIRA, L. *Entrevista a Luciana Oliveira Vinhaes sobre História da Endocrinologia na Bahia*. [Entrevista concedida a] Jair de Souza Braga Filho, Rafaela Góes Bispo. Salvador, jul. 2021.
- PETRILLI, C. M. *et al.* Factors associated with hospitalization and critical illness among 4,103 patients with COVID-19 disease in New York City. *BJM*, [s. l.], v. 369, n. 8249, 2020.

PIROPO, T. G.; AMARAL, H. O. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 279-287, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341749024.pdf>. Acesso em: 6 set. 2021.

POTTER, R. *Cambridge: história da Medicina*. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

POVOA, L. C. A endocrinologia. In: POVOA, L. C. (org.). *História da Endocrinologia no Brasil*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2000. p. 15-33.

RABELO, M. *Entrevista a Maria Rabelo sobre História da Endocrinologia na Bahia*. [Entrevista concedida a] Lísia Marcílio Rabelo, João Manuel Queiroz Santos e Jair de Souza Braga Filho. Salvador, 2021. Transcrição da entrevista disponível em: [https://docs.google.com/document/d/1ZIoQdAOW\\_kUTbvyIROnUF-7zq86y6R2ul3KMTjrZuJI/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/document/d/1ZIoQdAOW_kUTbvyIROnUF-7zq86y6R2ul3KMTjrZuJI/edit?usp=sharing).

ROCHA JR, J. *Como se explica hoje a produção da diabetes? 1857*. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1857.

SANTANA, G. Hospital das Clínicas comemora 70 anos de história. *EDGARDIGITAL*, Salvador, 26 nov. 2018. Disponível em: <http://www.edgardigital.ufba.br/?p=10545>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SANTOS, E. R. dos. *Um ensaio em torno de hormonios*. 1917. Tese (Doutorado em Ciências Médico-cirúrgicas) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1917. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6445>. Acesso em: 29 jun. 2021.

SANTOS, L. A. dos. *A Glycosuria será devida à diminuição da alcalinidade dos humores animais? 1860*. Tese de Concurso (Cadeira de Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1860. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12525>. Acesso em: 29 jun. 2021.

SESAB. *Cedeba avança com Telemedicina durante a pandemia*. Salvador, 2020a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/07/01/cedeba-avanca-com-telemedicina-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

SESAB. *Cedeba é campo de residência médica*. Salvador, 2011. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?NOTICIA=18008>. Acesso em: 30 jun. 2021.

SESAB. *Cedeba – Histórico*. Salvador, 2017a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/historico/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

SESAB. *Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia – Cedeba*. Salvador, 2017b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

SESAB. *Hospital Geral Roberto Santos*. Salvador, 2017c. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hgrs/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

- SESAB. *Pandemia encurta caminho do Cedeba para a Telemedicina*. Salvador, 2020b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/07/08/pandemia-encurta-caminho-do-cedeba-para-a-telemedicina/>. Acesso em: 30 jun. 2021.
- SBEM – REGIONAL BAHIA. *Conheça a nova Diretoria da SBEM Bahia, que tomou posse em 14 de janeiro de 2015*. Salvador, 14 jan. 2015. Facebook: sbembahia. [Diretoria da SBEM Bahia para o Biênio 2015/2016]. Disponível em: <https://www.facebook.com/sbembahia/photos/a.1014422045239027/1014421928572372/>. Acesso em: 23 jul. 2021.
- SBEM – REGIONAL BAHIA. *Definida a Programação Social do CBEM 2016!* Salvador, 2 set. 2016. Facebook: sbembahia. Disponível em: <https://www.facebook.com/sbembahia/photos/a.1014422045239027/1387366564611238/>. Acesso em: 23 jul. 2021.
- SBEM – REGIONAL BAHIA. *Saúde sem Fake News*. Salvador, 27 ago. 2018. Facebook: sbembahia. Disponível em: <https://www.facebook.com/sbemnacional/photos/a.293367090685093/1954553817899737/?type=3&theater>. Acesso em: 23 jul. 2021.
- SBEM – REGIONAL BAHIA. [*Tireoide e Gestação*]. Salvador, 23 maio 2019. Facebook: sbembahia. Disponível em: [https://www.facebook.com/sbembahia/posts/2732061166808431?\\_\\_tn\\_\\_=-R](https://www.facebook.com/sbembahia/posts/2732061166808431?__tn__=-R). Acesso em: 23 jul. 2021.
- SBEM. *A história da SBEM*. Rio de Janeiro, [2021]. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/nossa-historia/>. Acesso em: 27 jun. 2021.
- SCHEFFER, M. *et al.* Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2020. Disponível em: [https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf). Acesso em: 6 set. 2021.
- SILVA, D. C. da. *Glândulas em geral*. 1862. Tese de Concurso (Cadeira de Anatomia Descritiva) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1862. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/24768>. Acesso em: 29 jun. 2021.
- SILVA, F. R. da. *O calórico, luz e eletricidade serão causas distintas, ou efeitos d'uma mesma causa?* 1856. Tese de Concurso (Cadeira de Ciências Accesorias) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1856. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12522>. Acesso em: 29 jun. 2021.
- SILVA, M. J. de S. e; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290102, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2019.v29n1/e290102/pt>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- SOUZA, L. H. da S.; BERNARDES, A. G. Processo transexualizador do SUS e psicologia: modos de governar populações e suas negociações. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1, p. 105-124, 2020.
- TAVARES-NETO, J. Apresentação. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, [201-?]. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia>. Acesso em: 4 jul. 2021.

TRATAMENTO da phthysica diabética. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, ano 2, n. 27, p. 33, ago. 1867.

TRUJILHO, T.; VINHAES, A. Apresentação: Endodiabete Bahia 2021. *Associação Bahiana de Medicina (ABM)*, Salvador, 2021. Disponível em: <https://www.abmeducacaopermanente.org.br/eventos/2021/08/06/endodiabete-bahia-2021.html>. Acesso em: 24 jul. 2021.

VALLE, J. P. A História da SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia Narrada por Procópio do Vale. *Associação Carioca dos Diabéticos*, [s. l.], 2007. Disponível em: [http://www.diabetes-rio.org/HISTORIA\\_SBEM\\_SOCIEDADE\\_BRASILEIRA\\_DE\\_ENDOCRINOLOGIA\\_E\\_METABOLO.pdf](http://www.diabetes-rio.org/HISTORIA_SBEM_SOCIEDADE_BRASILEIRA_DE_ENDOCRINOLOGIA_E_METABOLO.pdf). Acesso em: 26 jun. 2021.

VALLE, J. P. Histórico da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia: Fundada em 1.9.1950. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 46, n. 5, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/JVLxQB6VnSZxv5gFrJMh76j/?lang=pt#>. Acesso em: 24 jun. 2021.

VARELLA, L. *A substancia assucarada da glucosuria em que consiste? O que he? E em que proporções relativamente se acha no sangue?* 1859. Tese (Inaugural) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1859.

VIANA, A. *Entrevista a Adriana Mattos Viana sobre a História da Endocrinologia no Hospital Geral Roberto Santos*. [Entrevista concedida a] Paula Sousa. Salvador, ago. 2021.

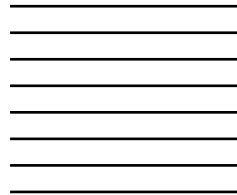
VINHAES, A. *Entrevista a Alcina Vinhaes sobre História da Endocrinologia na Bahia*. [Entrevista concedida a] Jair de Souza Braga Filho, Rafaela Góes Bispo e Paula Dourado. Salvador, jul. 2021.

WANG, D. *et al.* Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, [s. l.], v. 323, n. 11, p. 123-140, 2020;

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, [s. l.], v. 323, n. 13, p. 1239-1242, 2020.

WYNANTS, L. *et al.* Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19: systematic review and critical appraisal. *The BMJ*, London, n. 369, p. m1328, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1328>. Acesso em: 28 out. 2021.

ZHANG, J. *et al.* Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*, [s. l.], v. 75, n. 7, p. 1730-1741, July 2020.



## 4 HISTÓRIA DA CLÍNICA MÉDICA

*Bruna Santos Moura*  
*Danielle Camargo Nunes Santos*  
*Fernanda Hora Gomes de Sá*  
*Júlia Barreto de Farias*  
*Lucas Edington de Oliveira Carneiro*  
*Mylena Cerqueira Pinheiro*

### ETIMOLOGIA E ORIGEM DA MEDICINA E DA CLÍNICA MÉDICA

“Clínico” vem do grego “*linikós*”, principalmente da composição “*klíno*”, inclinar, ou “*klíne*”, leito. Dessa forma, nasce a imagem do médico inclinado ao leito do seu paciente, o examinando, juntamente com a palavra “clínica”, ou seja, a prática da Medicina à beira do leito. Lado a lado com o surgimento da palavra clínica, de acordo com o Dicionário Aurélio, a palavra “Medicina” se constitui como a “arte ou ciência de evitar, curar ou atenuar doenças”, definição a qual mostra-se que o objeto de atenção da área médica é a doença e toda a sua ciência por trás dela.



A Clínica surgiu no século XVIII, na época do surgimento da Ciência Moderna, caracterizando o ato clínico como um exercício do olhar. (FOUCAULT, 1977) Porém, associando com a origem da própria Medicina, na Antiguidade, milênios antes de Cristo, os egípcios já possuíam seus médicos clínicos especialistas, principalmente em doenças oculares e respiratórias. Mas foi na Grécia Antiga, mais especificamente na Ilha de Kós, com Hipócrates, conhecido como o “pai da Medicina”, que a ciência médica se desenvolveu, introduzindo a anamnese e a observação clínica, a qual compreende a história da doença e o exame físico do paciente.

A Medicina passou por muitas mudanças e avanços: a cura de diversas doenças com a sangria – colocação de sanguessugas na pele para a “limpeza” de impurezas –, desenvolvimento dos primeiros medicamentos para algumas doenças e do primeiro anestésico – à base de suco de alho, ópio, cicuta, vinagre e vinho, o qual, se não administrado na dose certa, poderia levar o paciente a óbito –, início dos testes de laboratórios, no século XVI, e a descoberta do sistema circulatório do sangue, no século XVII, por William Harvey (1578-1657), médico britânico. Porém, foi no século XIX que a Medicina e, especialmente, a Clínica Médica tiveram seus períodos mais importantes com as inúmeras descobertas para essa área da saúde, graças à Ciência Moderna.

Para se fazer um paralelo com adaptação e invenção, para o homem caçar, produzir roupas e cortar troncos, foram criadas as ferramentas básicas constituídas de pedras afiadas, durante o Período Paleolítico, cerca de 3 milhões de anos atrás. Essa história de invenção para se adaptar é similar a história do estetoscópio, uma das incontáveis criações durante o surgimento e desenvolvimento da Clínica Médica, além de ser o símbolo do médico clínico.

As ausculta cardíaca e respiratória eram feitas pelo médico encostando diretamente o seu ouvido no tórax dos pacientes, mas, além de não possibilitar escutar nitidamente, essa técnica apresentou dificuldades em pacientes obesos e do sexo feminino, principalmente pelo constrangimento que causava para esses pacientes. Posteriormente, com Renné Laennec (1781-1826), médico francês, em 1816, a ausculta e um estetoscópio primitivo foram inventados, enrolando uma cartolina e colocando uma extremidade na parede torácica do paciente e a outra no ouvido do médico. Essa nova invenção permitiu ouvir os sons cardíacos com clareza, dando lugar para o crescimento desse instrumento fundamental na clínica.

Ao incluir a Clínica Médica, a Medicina permitiu sua modernização em vários aspectos, incluindo a nomenclatura das doenças, associando os sinais e sintomas dos pacientes com as alterações observadas ao microscópio, trabalhando juntamente com o avanço da Anatomia, Fisiologia e Anatomia Patológica.

## **O COMEÇO DAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS E DA RESIDÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA**

Salvar vidas. Eis um trabalho que demanda demais de um ser humano. Anos de dedicação, estudos e pesquisas. Horas e mais horas dentro de um hospital. Noites de sono perdidas. Psicológico abalado. Abdicação de momentos. Lágrimas derrubadas. Qualquer esforço é pouco frente à grandeza de um trabalho que lida com a vida do ser humano. Seis anos pode ser tempo insuficiente para transformar um indivíduo em alguém capaz de lidar com outras vidas humanas. E foi nesse contexto que surgiu a necessidade do treinamento em programas de residência médica.

Em 1889, no mesmo ano em que no Brasil se concretizava a Proclamação da República, algo importante para a área da Medicina aconteceu nos Estados Unidos – Baltimore, mais especificamente. Esse fato histórico começa com a história do médico cirurgião William Halsted. No ano referido, William ganhou o cargo de chefe do Departamento de Cirurgia na universidade em que ele trabalhava, Universidade Johns Hopkins. Durante esse trabalho, ele percebeu que o índice de óbitos era muito maior entre os pacientes de médicos recém-formados, evidenciando-se uma grande lacuna na formação profissional dos médicos. Dessa forma, ele decidiu fazer um experimento: convocou alguns médicos recém-formados para morarem no hospital e dessa forma passarem mais tempo aprendendo com os médicos mais experientes. No começo, faziam pequenas tarefas, evoluindo para tarefas cada vez mais complexas. Um outro nome importante na implementação desse novo sistema foi William Osler, que ajudou também a implementá-lo no departamento de Clínica Médica em 1890, obtendo grande sucesso. Em 1927, a então denominada residência médica – nome derivado do fato dos médicos literalmente residirem no hospital – foi reconhecida pela Associação Médica Americana.

No Brasil, a residência médica demorou um pouco mais até ser concretizada. Algumas fontes citam que o primeiro programa registrado foi a residência de ortopedia no Serviço de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em 1945, e que a primeira residência em Clínica Médica foi em 1948 no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Outras fontes citam que o primeiro serviço foi o programa de residência médica nas áreas de Clínica Cirúrgica e Clínica Médica no Hospital das Clínicas da USP, em 1944. No começo, a residência não era como a que existe atualmente. Por muito tempo os residentes foram vistos como mão de obra barata, período em que eram explorados e tinham suas formaturas adiadas. Além disso, não havia qualquer tipo de organização, reconhecimento e nem obrigatoriedade. Devido a isso e outras questões, surgiu a necessidade da sua regulamentação no Brasil. Por

isso, em 1977 surgiu o Decreto nº 80.281 que regulamentou a residência médica e criou-se a Comissão Nacional de Residência Médica.

Na década de 1960 surgiu a residência em Clínica Médica na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Segundo o dr. Gilson Feitosa (2021), cardiologista e professor da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), em torno dos anos de 1965 e 1966 surgiram os serviços de residência de Clínica Médica – ainda de maneira não regulamentada – na USP e na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Se estabeleceram sobre a forma de serviços muito específicos, com relação individualizada professor/aluno. O aluno se juntava a um médico e este o acompanhava desde a faculdade e depois por mais dois anos em sua área específica – neste caso, a Clínica Médica.

Ao falar especificamente de Clínica Médica, é preciso estabelecer uma diferença que muitas pessoas confundem. Acredita-se que qualquer pessoa que se forma em Medicina pode ser chamada de clínico geral, mas não é assim que acontece. De acordo com o Parecer nº 60.960 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, o médico recém-formado pode ser chamado de médico com formação geral ou médico generalista. Clínico geral é aquele que já fez a residência em Clínica Médica por dois anos. (CREMESP, 2010)

O crescimento da Medicina, juntamente com o investimento tecnológico nessa área, impôs uma tendência à superespecialização. Dessa forma, assim como nas décadas anteriores houve a necessidade da criação da residência médica para que os recém-formados pudessem se aprimorar mais nas grandes áreas – Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde da Família e Comunidade –, hoje há uma necessidade de se especializar ainda mais. Com tantos conhecimentos e descobertas, bem como com o número crescente de médicos no Brasil, é preciso que se saiba cada vez mais sobre cada vez menos. Ou seja, se antes era necessário fazer residência de Clínica Médica, hoje é necessário somar a isso a residência de uma área específica – Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia etc. – e ainda mais, uma área de atuação específica dentro dessa especialidade (cardiologista especializado em infarto agudo do miocárdio, por exemplo).

Não importa quanto um ser humano estude e se dedique. Seis anos de faculdade de Medicina, cinco de residência, mais dois de especializações. Isso trará um grande conhecimento técnico e experiências, capazes de salvar a vida de muitos pacientes que cruzarem o caminho desse médico. Mas apesar disso, um ser humano sempre será um ser humano. Com sentimentos, fraquezas, abdicções, sofrimentos e erros. É preciso que isso seja compreendido e aceito. É isso que o torna um ser humano, e não um robô. E é justamente essa a beleza da profissão – e da vida.

## PRIMEIROS CENTROS E NOMES DE DESTAQUE EM CLÍNICA MÉDICA NA BAHIA

Na área de Clínica Médica, na Bahia, destaca-se o desenvolvimento das residências médicas. Como citado previamente, sua regulamentação ocorreu em 1977, durante o governo do presidente Ernesto Geisel. Essa regulamentação marcou uma importante conquista frente ao momento histórico complexo e difícil da época, sobretudo, para as universidades brasileiras. Vivia-se a Ditadura Militar, e o Ministério da Educação e Cultura estava sob a gestão de Ney Braga, de 15 de março de 1974 a 30 de maio de 1978. Em 24 de novembro de 1975, o ministro enviou uma carta aos reitores das universidades, na qual reforçava a necessidade da “[...] manutenção de tranquilo clima de trabalho no ‘Campus’, o que constitui responsabilidade do Reitor”, deixando clara sua intenção de controle, não só político, como também ideológico. (ALMEIDA, 2019) Sua gestão, portanto, caracterizou-se por uma intensificação da mobilização da comunidade acadêmica contra as medidas autoritárias governamentais, ocorrendo movimentos estudantis em todo território nacional, inclusive na Bahia. Dessa forma, o marco da regulamentação das residências médicas deu-se em um contexto político instável e turbulento.

Em 1977, ano da regulamentação das residências médicas, o governador da Bahia era Roberto Santos, o qual se graduou pela Faculdade de Medicina da UFBA. Roberto Santos assumiu o governo do estado da Bahia, em 1975, com mandato de quatro anos, estabelecendo uma gestão marcada por uma considerável melhora na rede pública de atenção à saúde e ampliação das oportunidades de entrada no ensino médio profissionalizante. Em relação à sua história, em julho de 1950, Roberto Santos foi aos Estados Unidos estudar, durante três anos, através da obtenção da bolsa Fundação W. K. Kellogg, a qual complementou sua formação em Clínica Médica. Ao retornar a Salvador, começou a sua carreira como docente na Faculdade de Medicina da UFBA e assumiu a 2ª Cadeira de Clínica Médica. (ANDRADE; ANDRADE, 2007) Além disso, em 1958, o prof. Roberto Santos foi responsável pela criação dos programas de residência médica no Complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES) – anteriormente denominado Hospital das Clínicas –, incluindo o programa de residência em Clínica Médica, obtendo significativo apoio da Fundação Kellogg. (ANDRADE; ANDRADE, 2007) Assim, estabeleceu-se o primeiro programa de residência médica do Norte-Nordeste do país, o qual foi responsável por alterar os padrões de assistência em toda essa região. A participação do prof. Heonir Rocha, nefrologista e professor da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), por sua vez, foi essencial para a consolidação dos programas de internato e de residência médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, coordenando-os até

tornar-se reitor da UFBA em 1998. (CRUZ, 2007) Ademais, assumiu ainda o cargo de professor titular de Clínica Médica após a Reforma Universitária de 1968. (TAVARES-NETO, 2008)

Posteriormente, em 16 de março de 1989, fundou-se a Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM), a qual contribuiu para o reconhecimento e valorização da Clínica Médica como especialidade, no âmbito nacional. Atualmente, a SBCM possui 11 regionais, incluindo uma na Bahia. A SBCM Regional Bahia apoia a organização de vários eventos de relevância internacional, como a I Jornada Ibero-Brasileira de Cardiologia, realizada em Salvador, no ano de 2006. A Clínica Médica, portanto, como afirma o até então presidente da SBCM, Antônio Carlos Lopes, tornou-se um patrimônio nacional.

## **AVANÇOS PIONEIROS NA CIÊNCIA MÉDICA REALIZADOS NA BAHIA**

A Bahia sempre foi palco de significativas descobertas e de avanços científicos que contribuíram para a evolução do saber médico não só nacionalmente, mas também em nível internacional. O grande avanço das pesquisas médicas, no Brasil, deu-se com a estruturação da Medicina Tropicalista na segunda metade do século XIX. Os estudos de três médicos estrangeiros foram responsáveis pelo início da formação do que seria posteriormente nomeado por Pedro Nava, em 1949, “Escola Parasitológica e Tropicalista da Bahia” e simplificado para Escola Tropicalista Baiana, por Antônio Caldas Coni, em 1952. (JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008) Assim, destacam-se como fundadores da Escola Tropicalista, os médicos estrangeiros John Paterson, Otto Wücherer e Silva Lima, além de alguns docentes da FMB da época, como, Antônio Januário de Faria (docente de Clínica Médica), Antônio José Alves (docente de Cirurgia) e os médicos Manuel Caldas (cirurgião) e Ludgero Rodrigues Ferreira (clínico). Desse grupo reunido numa “associação de facultativos”, nasceu a *Gazeta Médica da Bahia*, uma das mais importantes revistas médicas do país.

John Ligertwood Paterson (1820-1882) nasceu na Escócia, graduou-se em Medicina pela Universidade de Aberdeen e chegou a Salvador em 1842. Dentre as suas contribuições para a área médica, destaque-se o estabelecimento, juntamente com Wücherer, do primeiro diagnóstico de febre amarela na Bahia, além da descrição do diagnóstico e do contágio da epidemia de cólera-morbo em 1855. Otto Edward Henry Wücherer (1820-1873), pioneiro na Medicina experimental, nasceu no Porto e doutorou-se pela Faculdade de Medicina de Tübingen, na Alemanha, em 1841. Em 1843, chegou à Bahia para exercer sua profissão. Um dos seus estudos importantes foi a investigação da quilúria endêmica, na Bahia, descobrindo microfilárias na urina dos doentes. Assim, posteriormente, Silva Lima

nomeou o gênero como *Wuchereria*. José Francisco da Silva Lima (1826-1910), por sua vez, nasceu na aldeia de Vilarinho, em Portugal, mudando-se à Bahia em 1840. Em 1851, terminou a sua graduação na FMB. Sua grande contribuição para a área científica médica foram seus estudos sobre o beribéri, nos quais descreveu suas formas clínicas, sintomatologia e lesões, e sobre o ainhum, patologia de origem étnica, que foi denominada “doença de Silva Lima”. (JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008, p. 87-88)

Membro da Escola Tropicalista ainda como acadêmico de Medicina, Antônio Pacifico Pereira participou da direção da *Gazeta Médica da Bahia* assim que se graduou. Em 1881, como professor, abriu o curso livre de Histologia e de Anatomia Patológica, no qual começou a fazer “o emprego regular do microscópio como instrumento ordinário de trabalho”. (FONSECA, 1891, p. 85) O lente de Clínica Propedêutica, prof. Alfredo Britto, em maio de 1897, introduziu o raio-X em nosso meio, dois anos depois da descoberta de Roentgen, realizando a localização da bala “no primeiro espaço intercostal esquerdo” do soldado Manuel Bertolino dos Santos ferido na guerra fratricida de Canudos. (OLIVEIRA, 1992, p. 66)

Juliano Moreira foi outro membro da Escola Tropicalista, que, além de se tornar um dos mais destacados psiquiatras do país, teve protagonismo na Dermatologia. Foi o primeiro, no Brasil, a descrever casos clínicos da leishmaniose cutaneomucosa, fazendo a distinção das lesões cutâneas da sífilis. Foi o primeiro a descrever, entre nós, em 1895, os casos de *Hydroa vaciniforme*, uma dermatose rara, publicando-os no *British Journal of Dermatology*. Foram dele também os primeiros exames microscópicos feitos de casos de micetoma (aspergiloma pulmonar) e de um caso de gundu (“Goundum”). Em homenagem a seu mestre Silva Lima, em 1900, Moreira fez o estudo mais completo sobre o ainhum, publicado em alemão e depois em outras línguas, em 1908, sendo um dos trabalhos feito por um brasileiro mais citado no estrangeiro na época. (JACOBINA, 2019, p. 42-44)

Outro nome importante no âmbito dos grandes avanços na Medicina Tropical e do desenvolvimento científico foi Manoel Augusto Pirajá da Silva (1873-1961), o qual obteve destaque na área da Parasitologia. Nasceu em Camamu, na Bahia, graduou-se em Medicina pela FMB aos 23 anos, em 1896, e ocupou o cargo de professor-assistente da 1ª Cadeira de Clínica Médica dessa faculdade aos 29 anos, em 1902. (TAVARES-NETO, 2007) Uma de suas principais contribuições para a ciência médica brasileira foi a descoberta do *Schistosoma mansoni*, agente etiológico da esquistossomose mansônica, também conhecida por “barriga d’água”. Esse seu trabalho original foi publicado na revista *Brasil Médico* e no periódico francês *Archives de Parasitologie* em 1908. (AZEVEDO, 2007) Além disso, Pirajá da Silva também realizou diversas outras contribuições fundamentais, como a observação do *Treponema pallidum* (agente etiológico da sífilis) pela primeira vez na Bahia.

Essa observação deu-se em 23 de agosto de 1907, no Hospital Santa Izabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, que, na época, era o hospital de ensino da FMB. (TAVARES-NETO, 2007)

A Bahia possui ainda diversos outros nomes que contribuíram significativamente para o avanço da Clínica Médica. Entre eles, destaca-se Jessé Accioly, nascido em Porto Calvo, Alagoas, que realizou a importante descoberta do mecanismo de herança da anemia falciforme enquanto ainda era acadêmico de Medicina da FMB em 1946. Além disso, iniciou sua carreira de docência, nesta faculdade, na qual se dedicou ao ensino da Clínica Propedêutica, sendo reconhecido como “brilhante Professor de Semiologia”. (TAVARES-NETO, 2010) Já mencionado anteriormente, o nefrologista e professor da FMB, Heonir Rocha, também teve sua importância no desenvolvimento dos conhecimentos na área de Clínica Médica. Com sua relevância obtida a partir de seus trabalhos relacionados à doença de Chagas e à pielonefrite, escreveu dois capítulos em um dos livros de Clínica Médica mais lidos do mundo ocidental, o livro de Cecil e Loeb.

Desse modo, como descreveu Teixeira (2001), a época de 1855 a 1905, na FMB, é especialmente marcada por ter sido “um período muito rico de homens e de realizações. Nele, aconteceram as primeiras iniciativas bem-sucedidas de pesquisa em torno da patologia regional”, contribuindo, portanto, para o avanço das várias áreas englobadas pela Clínica Médica.

## **ENSINO E RESIDÊNCIA MÉDICA**

Entende-se que o conhecimento em Clínica Médica é básico para qualquer destinação que o médico tenha na área clínica. A “sequência natural” é fazer dois anos de clínica médica e, depois, os anos exigidos para a especialidade de interesse. No geral, entende-se que é preciso ter uma visão clínica geral, mas alguns programas têm posto isso em dúvida, dando uma menor ênfase na formação em Clínica Médica. Na Neurologia, por exemplo, se propõe que o indivíduo faça um ano de residência em Clínica Médica e, depois, faça todo o resto em Neurologia.

Logo após a criação do internato nas universidades de Medicina em Salvador, podia se dizer dispensável fazer tanto tempo de residência em Clínica Médica, pois o estudante tinha mais contato com a área durante a graduação. O internato da EBMS, por exemplo, fornecia um ano inteiro de vivência exclusiva na Clínica Médica, com experiências semelhantes ao primeiro ano de residência na área. Os primeiros 20 anos de implantação do internato foram assim, mas, nos últimos 20 anos, foi preciso adaptar o programa ao aumento da grade curricular e à necessidade de atuação em outras especialidades. Assim, atualmente, o período em que o estudante no internato passa em contato com

a Clínica Médica foi reduzido – apesar de ainda ser intenso –, o que corrobora a necessidade de uma vivência mais aprofundada na residência em Clínica Médica posteriormente à graduação.

Como citado anteriormente, existe uma tendência muito grande de subespecialização na Medicina, o que representa um desafio dos dias atuais, mas se configura como uma adaptação ao próprio crescimento da Medicina. Na medida em que o conhecimento se expande através do investimento tecnológico, verifica-se a necessidade de obtenção de conhecimento aprofundado em certas áreas médicas. Daí terem surgido as subespecialidades da Clínica Médica quase como uma passagem obrigatória na formação e, ainda, as áreas de atuação dentro dessas subespecialidades, realidades que não eram tão frequentes no passado.

Veras e demais autores (2020) analisaram em estudo a expectativa de carreira dos estudantes de Medicina da UFBA: 98,4% declararam que pretendem fazer uma especialização após a graduação. Clínica Médica foi a residência mais citada entre eles, e 51,5% dos estudantes mencionaram outras 22 especialidades diferentes.

Essa tendência à superespecialização se distancia do trabalho interprofissional que atenderia às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como das competências necessárias para a resolução dos problemas de saúde que surgem na atenção primária à saúde. Diversos trabalhos apontam que este nível de atenção básica é capaz de resolver 80% das demandas em saúde, ou seja, o distanciamento dessa modalidade de assistência tem construído uma Medicina menos abrangente e resolutiva. É notável o despreparo dos médicos em acolher e tratar pacientes com queixas básicas e gerais, ao passo em que o exercício da profissão vem se tornando cada vez mais direcionado a especificidades nem tão comuns assim. Além disso, esse cenário reflete na acessibilidade aos serviços de saúde: quanto mais o médico se especializa em uma determinada área, mais ele tende a cobrar pelos seus serviços e mais ele se distancia da realidade financeira da esmagadora maioria da população carente de cuidados. Isso sobrecarrega o SUS, que precisa acolher milhões de brasileiros que não têm condições de arcar com os serviços particulares. É uma espécie de “bola de neve”: quanto maior a subespecialização, mais caras se tornam as consultas particulares e menos pessoas podem pagar por elas, de modo que recorrem aos serviços públicos de saúde, que se tornam cada vez mais sobrecarregados. Por mais irônico – e triste – que seja: quanto mais difícil é o acesso ao serviço particular (por motivos financeiros), mais difícil se torna o acesso ao SUS (por superlotação).

Tem havido, no processo formativo em saúde, um imaginário liberal e privatista quanto à atuação profissional: os estudantes de saúde, em geral, entendem que o sucesso profissional está relacionado com a atuação em clínicas privadas. No entanto,



a assistência médica nessas instituições é baseada apenas em assistência individual e recuperação, sem considerar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, como é preconizado no SUS. O trabalho centrado na multiplicidade de especialidades tem produzido um esvaziamento na função dos médicos generalistas e das especialidades-raízes (Pediatría, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Gineco-obstetrícia e Saúde Pública). A formação tradicional em saúde, baseada na organização em especialidades, tem conduzido ao estudo fragmentado dos problemas de saúde, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, porém cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade dos pacientes e com os dilemas em saúde, como a dificuldade de adesão a tratamentos, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento e o luto.

A implementação do SUS veio acompanhada da reflexão sobre a formação profissional. Esforços têm sido desenvolvidos para repensar os modelos pedagógicos na formação dos profissionais, objetivando maior articulação da formação superior com o sistema de saúde. Os currículos das universidades passaram por reestruturações, e é notória a ênfase dada à necessidade de atrelar o currículo médico às reais necessidades de saúde da população.

Nos modelos tradicionais de curso, o professor transmite toda a teoria do que o aluno deve aprender antes deste ir para a prática, no intuito de preparar o estudante para a aplicação dos conteúdos durante os estágios. No entanto, essa abordagem pedagógica vem sofrendo fortes críticas pela excessiva valorização do conteúdo e seu distanciamento da realidade do dia a dia. Nos últimos anos, nota-se um estímulo à inserção precoce do estudante de Medicina nos serviços de saúde e sua aproximação com o real perfil epidemiológico da população. Dessa forma, o estudante se aproxima do objetivo de ser formado, de fato, médico ao final do curso; e não apenas um “conhecedor de conteúdos de Medicina”.

## **DISPONIBILIDADE DE RECURSOS EM SAÚDE**

A dificuldade de gestores municipais em atrair e interiorizar médicos nas equipes de saúde impacta na cobertura da atenção primária nas regiões mais remotas do Brasil e da Bahia, gerando um descompasso entre os aspectos demográficos e as necessidades em saúde. A Estratégia de Saúde da Família tem sido estimulada pelos governos como um novo mercado de trabalho, com potencial para reduzir a carência de médicos e ampliar a fixação desses profissionais, principalmente em regiões mais interioranas.

Em algumas áreas da Medicina, já não existe tanta disparidade entre a capital e as cidades do interior da Bahia no que se refere a recursos diagnósticos

e de tratamento. A Cardiologia, por exemplo, alavancou o desenvolvimento da Medicina no Brasil no que diz respeito ao plano assistencial do paciente, porque lida com doenças de alta mortalidade e que causam grande incapacitação. Isso fez com que se investisse muitos recursos na área, o que promoveu seu desenvolvimento de forma generalizada. Houve uma resposta tão positiva da Cardiologia no Brasil que, a despeito das dificuldades que possam existir em várias áreas, conseguiu-se o feito de que houvesse uma rápida assimilação de novidades tecnológicas e sua implementação de maneira generalizada. Com isso, hoje, das grandes cidades até cidades de médio ou pequeno porte, tem-se, de maneira quase equilibrada, recursos diagnósticos e terapêuticos bem estabelecidos em Cardiologia.

Em Medicina, o que se desenvolve francamente é aquilo que resulta de investimento tecnológico. Como a aplicabilidade desses recursos é maior, por enquanto, na Cardiologia, esta desenvolveu-se muito. A Cardiologia é o maior exemplo, pois ainda foi o carro-chefe desse desenvolvimento. Se um serviço tiver grande aplicabilidade, como a Cardiologia, esse desenvolvimento também se distribui nas diferentes regiões.

Almejamos que, a passos lentos mas promissores, tenhamos cada vez menos disparidades em saúde ao comparar centros metropolitanos e cidades menores. Tanto no que se refere a recursos médicos quanto a profissionais capacitados, todo cidadão merece assistência de qualidade e acesso universal a seus direitos em saúde.

## **PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

No que se refere ao campo da pesquisa, a UFBA, em 1948, trouxe condições que modificaram o relativo desinteresse por produção de ciência antes observado na Bahia, ao estabelecer relacionamentos com os centros mais evoluídos do país e do estrangeiro.

As atividades de pesquisa se multiplicaram, não só no próprio Hospital Universitário, mas em áreas do interior do estado, em que se concentravam endemias importantes. Em Jacobina, Caatinga do Moura, Taquarandi, São Felipe, Brejões, Teotônio, Una, Cana Brava e Nova Esperança, foram instalados projetos de pesquisa com apoio de organizações nacionais e internacionais. Tais pesquisas objetivaram o combate a doenças que assolavam o estado: esquistossomose, doença de Chagas, leishmaniose, entre outras.

Até pouco tempo atrás, a pesquisa era um campo de atuação restrito aos grandes centros e a profissionais que tinham como objetivo de carreira ser cientista. Aos poucos, a ciência tem se tornado cada vez mais democrática e, com isso, a

importância de qualquer profissional ter domínio dos métodos científicos é escancarada. Sem ciência, não se faz Medicina e, sem Medicina, não se salva vidas.

## **FUTURO DA CLÍNICA MÉDICA COMO ESPECIALIDADE**

A Clínica Médica é dentre as diversas especialidades, a menos segregadora de todas. Atualmente, vivemos uma Medicina baseada em repartições, com uma verdadeira empresa, é dividida em setores. Cada vez mais surgem novas subespecialidades extremamente específicas. A Clínica Médica, também chamada de Medicina Interna em outros países, vai de encontro a este movimento, ela abraça e cuida da grande maioria da população, uma ampla faixa etária e que está cada vez com um número crescente de idosos ou de adultos com doenças crônicas complexas e multimorbidades, promovendo este cuidado geralmente na atenção primária. O médico formado em Clínica Médica, é antes de tudo, um educador. Levar a educação, seja para seu colega médico ou de outra profissão, seja para seu paciente, é uma fatia importante do exercício médico desta especialidade. E como tudo no mundo, vem sofrendo mudanças importantes – no que se refere aos avanços de tecnologias –, e estas impactam nas relações interpessoais, fica evidente a importância de se discutir o futuro desta tão importante especialidade médica.

As mudanças nas sociedades ocorrem aceleradamente nos últimos anos, e isto vem refletindo e impactando na relação médico-paciente. O que ocorre na maioria dos países subdesenvolvidos é uma escassez importante de profissionais causando uma demanda nunca suficientemente atendida no setor saúde. Cada vez mais, os profissionais se encontram esgotados e recorrem a uma redução no tempo gasto com os pacientes para poder atender a esta necessidade. Atualmente, principalmente com a pandemia, a prevalência da síndrome de Burnout está cada vez maior, mostrando assim que os profissionais médicos estão em sua grande parte bastante exauridos. (YUN et al., 2020)

Somado a esse cenário, cada vez mais os médicos formados são dissuadidos a seguir a sua formação na Clínica Médica, mesmo aqueles que tenham vontade, são desencorajados devido ao baixo retorno financeiro comparado a outras especialidades médicas, como Anestesiologia, Ortopedia, Oftalmologia e outras. Principalmente aqueles médicos que necessitaram fazer um financiamento estudantil para pagar sua faculdade e necessitam desse retorno financeiro com uma certa urgência. Além disso, o campo de prática do médico formado em Clínica Médica é bastante precário e subfinanciado. Dentre todas as esferas da saúde, a atenção primária é sem dúvida aquela que mais sofre com falta de recursos, tanto humano quanto material. A soma de baixo retorno financeiro com campo de prática deficitário faz, cada vez mais, formandos de Medicina escolherem outras

especialidades médicas em detrimento da Clínica Médica, o que mostra um futuro cada vez mais obsoleto dessa especialidade na atenção primária, com uma escassez importante destes clínicos, sobretudo no interior do país, que fica a cada dia mais evidente e preocupante. (LARSON et al., 2004)

Apesar de assustador, no que se refere ao campo de prática e jornada de trabalho, se tratando de futuro, sabemos que o impacto da tecnologia nas nossas vidas é gigantesco, e na Medicina não é diferente. O impacto maior na sociedade sem dúvida foi na comunicação interpessoal. Hoje, em milésimos de segundos, informações são difundidas por todo o globo e o acesso está cada vez mais universal. Essa tecnologia da comunicação está cada vez mais impactando, tanto positivamente quanto negativamente, a prática e a educação médica e forjará pacientes muito mais capacitados que os pacientes do século passado. (LARSON et al., 2004) Basta dar uma volta nos hospitais de hoje, mesmo os públicos, que é fácil perceber uma mudança marcante também nos sistemas de informações e de bases de dados clínicos. Cada vez menos, os futuros médicos irão se deparar com papéis e prontuários impressos, que darão lugar a computadores e tablets que estarão inseridos na rotina médica tanto quanto o estetoscópio.

É impossível pensar no futuro da Clínica Médica sem olhar para as residências desta especialidade espalhadas pelo país. São estes programas que formarão os futuros clínicos do nosso país. E assim como todos os setores da Medicina, é inegável que estas estão passando também por mudanças importantes nos últimos anos. A educação médica de pós-graduação é pensada para preparar os profissionais para prática, focado na especialidade, preenchendo requisitos necessários para atingir esse objetivo. A problemática é que cada vez mais essas residências se mostram insuficientes para cumprir com esta finalidade. Atualmente, algumas revisões de literatura relataram considerável insatisfação por parte dos residentes durante o programa, bem como uma insegurança após a formação da residência. (COOKSON; MILLER; FLEET, 2018)

O Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), órgão responsável pelo credenciamento de todos os programas de treinamento médico de pós-graduação para médicos dos Estados Unidos, prevê alguns futuros cenários para o médico a partir de 2035. Baseado nestas conjunturas futuras, um comitê especializado na Clínica Médica, o Review Committee for Internal Medicine (RC-IM) está fazendo um planejamento estratégico para mudanças nos programas de residência para desenvolver novas percepções, habilidades e posturas fundamentado numa metodologia chamada de “educação médica baseada em competências (CBME, sigla em inglês)” para preparar os profissionais para prática médica a partir do ano de 2035, visto que estes programas de residência estão se mostrando desfasados a cada ano que passa. (YUN et al., 2020)

Espera-se que no futuro, fatores econômicos e tecnológicos levarão a uma onda de comercialização e “comoditização” dos serviços de saúde, influenciando bastante nos itinerários terapêuticos dos pacientes, na realização de procedimentos e, principalmente, poderá causar uma tendência à desorganização nas responsabilidades e limites entre médicos generalistas e subespecialistas. Baseado nesse futuro cenário, de sobreposição entre as competências entre os clínicos e subespecialistas, a ACGME propõe mudanças nos paradigmas das residências nos Estados Unidos, para um modelo verdadeiramente baseado em competências, com intuito de suprir as demandas dos residentes. A finalidade é que estes, tenham um melhor aproveitamento do tempo curricular baseado nos seus objetivos profissionais e no seu futuro campo de prática. (YUN et al., 2020) Um grande exemplo disso é quando um residente de Clínica Médica, que pretende atuar na atenção primária, tem que passar a maior parte da sua pós-graduação em enfermarias de grandes hospitais, sendo que poderia demandar a maioria da sua carga horária em unidades básicas de saúde. Outro exemplo dado pela CMBE é a opção que o último ano de residência de Clínica Médica seja sobreposto a uma subespecialidade como a Geriatria. Todas essas mudanças na educação médica levariam a um desenvolvimento de habilidades focadas no campo previamente escolhido pelo residente, fazendo com que os residentes formados em Clínica Médica, no futuro, estejam suficientemente preparados para promover o cuidado de maneira bem-sucedida aos seus pacientes.

## ATUAÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA NA PANDEMIA

O início da pandemia do novo coronavírus, descoberto em dezembro de 2019 em Wuhan, China, foi uma grande surpresa para todo o mundo e causou grandes impactos em diversos setores de todos os países – sanitário, econômico, social, político, cultural, dentre outros –, sobretudo na Medicina, que precisou se reestruturar para enfrentar o problema. No Brasil, mesmo antes da chegada do vírus em seu território, já eram notórios o medo e a preocupação da população e das autoridades com a nova doença que ameaçava atingir o país. O primeiro caso confirmado de covid-19 no Brasil foi registrado em São Paulo no dia 26 de fevereiro de 2020, alguns meses após a descoberta em Wuhan, agravando a tensão que já existia no território brasileiro e oficializando o estado de alarme. Após a chegada do primeiro caso, as implicações da covid-19 se estabeleceram de forma bastante rápida no Brasil.

No dia 05 de março de 2020, foi registrado o primeiro caso de transmissão interna de covid-19 no território brasileiro e, na sequência – porém em nível mundial – a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia do novo coronavírus no dia 11 de março de 2020. A primeira morte por covid-19 no Brasil foi registrada no dia 17 de março de 2020, fato que gerou um misto de tristeza, medo, inseguran-

ça e incerteza em toda a população. No dia 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde declarou a transmissão comunitária do SARS-CoV-2 no território brasileiro. Em meio ao caos da transmissão acelerada do novo vírus e da ausência de um adequado gerenciamento da pandemia pelo governo federal, os estados e cidades tomaram suas medidas restritivas em períodos distintos. A primeira unidade federativa a estabelecer medidas de distanciamento social para a contenção do vírus foi o Distrito Federal, que, no dia 11 de março de 2020, suspendeu as aulas nas redes pública e privada por cinco dias. Poucos dias depois, também foram suspensas as atividades de atendimento ao público em comércios no DF – restaurantes, bares, lojas, salões de beleza, dentre outros. Os demais estados seguiram a mesma linha nos dias subsequentes, estabelecendo ações para a contenção do vírus.

Entretanto, em meio a várias restrições, comércios fechados, aulas suspensas, restaurantes parados, ruas vazias e distanciamento social, um setor nunca deixou de trabalhar por um minuto sequer: o setor da saúde. Os profissionais da área, sejam médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, especialistas, generalistas, enfim, todos os profissionais da saúde continuaram trabalhando na linha de frente, travando uma batalha contra o novo, o desconhecido, o incerto. E muita coisa mudou na saúde devido à pandemia do novo coronavírus.

De modo geral, todos os médicos precisaram se reinventar com a chegada do novo coronavírus, e com os clínicos não foi diferente. O primeiro ponto diz respeito à atualização destes profissionais. Desde a descoberta do SARS-CoV-2, houve um turbilhão de novas pesquisas (ZIELINSKI, 2021), o que pode, inclusive, ser descrito como uma infodemia – “grande aumento no volume de informações associadas a um assunto específico, que podem se multiplicar exponencialmente em pouco tempo devido a um evento específico, como a pandemia atual”. (GARCIA; DUARTE, 2020) Como consequência, os clínicos precisaram dedicar muito tempo para estudar sobre o novo coronavírus, sua forma de transmissão, diagnóstico, manejo, dentre outros tópicos, e, somado a isso, precisaram se atualizar continuamente, visto que o conhecimento sobre o SARS-CoV-2 estava e ainda está em constantes modificações.

Além disso, com o início da quarentena e do *lockdown* em algumas cidades, os consultórios, ambulatórios e procedimentos eletivos foram prontamente suspensos e paralisados para que a linha de frente, as emergências, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) fossem priorizadas (LIMA KUBO et al., 2020), o que modificou drasticamente a realidade de trabalho de muitos profissionais. Clínicos que trabalhavam apenas em consultório, por exemplo, viram o seu ambiente de trabalho fechar da noite para o dia, suas agendas canceladas, seus procedimentos suspensos ou adiados, e viram-se em casa desprovidos da sua fonte de renda. Isso motivou muitos especialistas a retornarem à atuação na Clínica Médica, às enfermarias, aos plantões

de UTI, aos plantões de emergência, e, conseqüentemente, ao confronto direto com o novo vírus.

Os serviços de saúde de Clínica Médica também precisaram de grandes mudanças estruturais durante a pandemia. Com o número crescente de casos de covid-19, a necessidade de mais leitos fez com que hospitais de campanha fossem criados, leitos provisórios fossem abertos nos centros cirúrgicos que estavam temporariamente inativos, e até corredores e áreas administrativas foram utilizados para a instalação de leitos provisórios. (LIMA KUBO et al., 2020) O primeiro hospital de campanha federal do Brasil foi inaugurado no dia 5 de junho de 2020 em Águas Lindas, Goiás. Na Bahia, o primeiro hospital de campanha a ser entregue foi o Hospital Fazendão, em Salvador, cedido ao governo da Bahia, que no dia 14 de abril de 2020 já constava com dez pacientes internados.

Outra modificação importante que a pandemia trouxe foi a liberação temporária da telemedicina no Brasil, um modelo de assistência que agrega baixo custo, conveniência e acessibilidade em saúde e é viabilizado através da internet. (VIDAL-ALABALL et al., 2020) Autorizado pela Lei nº 13.989, em 15 de abril de 2020 (BRASIL, 2020), o modelo de telessaúde foi uma alternativa viável para os atendimentos que estavam paralisados por conta das medidas restritivas para contenção do novo coronavírus e tornou-se muito importante para os clínicos, além de preservar o distanciamento social.

Em relação aos pacientes, um estudo demonstrou que 64% dos brasileiros adiaram e/ou cancelaram serviços de saúde por medo de exposição ao novo coronavírus (THE PHYSICIANS FOUNDATION, 2020), e outro trabalho demonstrou, a partir de dados públicos, que as mortes por doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, aumentaram durante a pandemia em seis capitais brasileiras avaliadas (BRANT et al., 2020), modificando também o cenário epidemiológico da Clínica Médica.

Não se pode esquecer, por fim, da saúde dos clínicos durante a pandemia da covid-19. Em primeiro lugar, os profissionais que trabalham na linha de frente apresentam uma maior chance de contato com pacientes positivos para covid-19 e, dessa forma, uma maior chance de infecção pelo novo coronavírus. (LIMA KUBO et al., 2020) A maior exposição ao novo coronavírus também é agravada pela inadequada disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) em algumas instituições (SANTOS et al., 2020), sobretudo no início da pandemia, o que ameaçou ainda mais a saúde física dos profissionais. Além disso, a saúde mental dos clínicos também foi muito afetada durante a pandemia. A elevada carga de trabalho, a gravidade da crise nacional, a incerteza, a insegurança, a pressão, as insuficientes horas de sono, o distanciamento social, o estresse físico e psicológico, todas essas são importantes marcas que a pandemia vem deixando nos profissionais do Brasil.

(RIBEIRO; VIEIRA; NAKA, 2020) É importante destacar que os profissionais que trabalham em emergências, UTIs e enfermarias de isolamento são ainda mais propensos a desenvolverem sintomas psicológicos devido à maior carga de trabalho e maior contato com pacientes infectados. (SANTOS et al., 2020) Todos esses fatores vêm colaborando também para que a síndrome de Burnout, também chamada de síndrome do esgotamento profissional e psíquico, venha crescendo desde o início da pandemia entre todos os profissionais de saúde, sobretudo entre os médicos. (CARDOSO; FURTADO; SOBRAL, 2020)

De fato, parafraseando o dr. Paulo Roberto Campbell Rebelo em seu poema *O médico* (a seguir), trabalhar pela vida humana é o destino dos profissionais. (REBELO, 2021) Contudo, não se pode esquecer do lado humano destes que podem, inclusive, se tornar pacientes com tamanha sobrecarga física e emocional que vem sendo imposta pela pandemia da covid-19.

### **O MÉDICO**

O médico  
Quem és tu?  
Minha secretária?  
Minha mulher?  
Um paciente?  
Perdoe-me  
Nunca sei  
Onde estamos?  
Que dia é hoje?  
Segunda? Terça? Quarta ou Domingo?  
Bem, o que importa?  
Trabalhar pela vida humana é meu destino  
Afinal, onde estou mesmo? Em casa ou no meu consultório?  
Vivo ou já morto?  
É muito estranho  
É tarde!  
Meu café esfriou

É um sonho? Pois eu durmo

Isso me faz bem.  
Há quantos dias exatamente?  
O que se passa, não contigo, mas comigo?  
Não sei mais!  
Estou aqui ou lá?  
Responda-me



Nada sei!  
Diga-me: por que me dói tanto a alma?

É um pesadelo!

Estou louco, creio eu!  
Vou substituir minha cabeça.  
Ela já se perdeu uma vez  
Em algum lugar no mundo  
Num piscar de olhos  
No fundo do mar,  
Talvez  
No céu  
Quem sabe....  
Ajude-me, meu paciente!  
Sejas tu agora meu médico, por favor!  
Apreste-se

É urgente!

Traga-me qualquer medicamento  
Que acalme  
O meu coração que palpita apressadamente.  
Estou atrasado!  
Preciso voltar ao campo de batalha.

(REBELO, 2021)

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. L. R. *A vigilância e a repressão política durante o governo Ernesto Geisel (1974-1979): as universidades brasileiras sob a mira da ditadura*. 2019. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

ALMEIDA, G. W. de; MELLO, R. C. Uso de novas tecnologias de informação por profissionais da área da saúde na Bahia. *Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 9-27, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-6552004000300002>. Acesso em: 16 jul. 2021.

ANDRADE, Z. de A.; ANDRADE; S. G. O histórico da Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 93-100, jul./dez. 2007.

- AZEVEDO, E. E. S. 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, 2007.
- BRANT, L. C. C. *et al.* Excess of cardiovascular deaths during the COVID-19 pandemic in Brazilian capital cities. *Heart*, [s. l.], v. 106, n. 24, p. 1898-1905, Dec. 2020. Disponível em: <https://heart.bmj.com/lookup/doi/10.1136/heartjnl-2020-317663>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 73, p. 1, 16 abr. 2020.
- CARDOSO, E.; FURTADO, L.; SOBRAL, F. Epidemia de burnout durante a pandemia de COVID-19: o papel da LMX na redução do burnout dos médicos. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 12, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020200606>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- COOKSON, J.; MILLER, A.; FLEET, Z. The future of internal medicine: a new curriculum for 2019. *British Journal of Hospital Medicine*, London, v. 79, n. 5, p. 298, 2018.
- CREMESP. *Parecer nº 60960, de 23 de novembro de 2010*. Se, como o médico recém-formado pode ser apresentar como “clínico”, após tantos anos de profissão, trabalhando nas especialidades de clínica e cirurgia, também pode assim proceder. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=9701&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%20E%20Paulo&numero=60960&situacao=&data=23-11-2010>. Acesso em: 3 jul. 2021.
- CRUZ, T. R. da. O legado de Heonir Rocha. In: CRUZ, T. R. da. *Perfis do Meu Apreço*. Salvador: [s. n.], 2007. p. 281-284.
- FEITOSA, G. S. *História da Clínica Médica*: depoimento. [Entrevista concedida a] Danielle Camargo, Fernanda Hora e Lucas Edington. Salvador, 8 jul. 2021.
- FONSECA, L. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1891*. Bahia: Diário da Bahia, 1893.
- FOUCAULT, M. Prefácio. In: FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977. p. 7-18.
- GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 4, e2020186, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222020000400100&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400100&tlng=pt). Acesso em: 21 jul. 2021.
- JACOBINA, R. R.; CHAVES, L.; BARROS, R. A “Escola Tropicalista” e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 86-93, jul./dez. 2008.
- JACOBINA, R. R. *Juliano Moreira: da Bahia para o mundo. A formação baiana do intelectual de múltiplos talentos*. Salvador: Edufba, 2019.

LARSON, E. B. *et al.* The future of general internal medicine. *Journal of General Internal Medicine*, [Chicago], v. 19, n. 1, p. 69-77, 2004.

LIMA KUBO, H. K. *et al.* Impacto da pandemia do COVID19 no Serviço de Saúde: uma revisão de literatura. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, [s. l.], v. 3, 2020. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/140>. Acesso em: 23 jul. 2021.

LOPES, A. C. Passado, presente e futuro. In: LOPES, A. C. *Tratado de clínica médica*. São Paulo: Roca, 2009. p. 2-18.

MCWHINNEY, I. R. A evolução do método clínico. In: STEWART, M. *et al.* *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 35-48.

MIRANDA JUNIOR, U. J. P. de. *Comissão Nacional de Residência Médica: caminhos e descaminhos na gestão desta modalidade de especialização médica no Brasil*. 1997. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3466/000077676.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 jul. 2021.

MUCCI, N. E. *O início da residência médica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais*. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-8QSHBL/1/disserta\\_\\_o\\_\\_o\\_in\\_cio\\_da\\_resid\\_ncia\\_m\\_dica\\_no\\_hospital\\_das\\_cl\\_nicas\\_ufmg.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-8QSHBL/1/disserta__o__o_in_cio_da_resid_ncia_m_dica_no_hospital_das_cl_nicas_ufmg.pdf). Acesso em: 4 jul. 2021.

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

REBELO, P. R. O Médico. In: MÉDICO escreve poema sobre a exausta batalha enfrentada na Pandemia de Covid-19. *Conselho Regional de Medicina do Estado do Amapá*, 21 abr. 2021. Disponível em: <https://www.crmmap.org.br/noticias/medico-escreve-poema-sobre-a-exausta-batalha-enfrentada-na-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

RIBEIRO, L. M.; VIEIRA, T. de A.; NAKA, K. S. Síndrome de burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [s. l.], v. 12, n. 11, p. e5021, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5021>. Acesso em: 24 jul. 2021.

SANTOS, W. A. dos *et al.* O impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 8, p. e190985470, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5470>. Acesso em: 24 jul. 2021.

TAVARES-NETO, J. (ed.). *Contribuições das especialidades médicas à atenção primária à saúde*. Salvador: Contexto, 2006.

TAVARES-NETO, J. *Formandos de 1812 a 2008 pela Faculdade de Medicina da Bahia*. Feira de Santana: Academia de Medicina de Feira de Santana, 2008.

TAVARES-NETO, J. Pirajá da Silva: centenário em 2008 da descoberta do *Schistosoma mansoni*. *Jornal da Ciência*, [s. l.], 2 maio 2007.

TEIXEIRA, R. *Memória Histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. 3. ed. Salvador: Edufba, 2001.

THE PHYSICIANS FOUNDATION. 2020 Survey of America's physicians covid-19 impact edition. [S. l.]: The Physicians Foundation, 2020. Disponível em: <https://physiciansfoundation.org/research-insights/2020physiciansurvey/>. Acesso em: 26 jul. 2021.

VERAS, R. M. *et al.* Perfil Socioeconômico e expectativa de carreira dos estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 44, n. 2, e056, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.2-20190208>. Acesso em: 16 jul. 2021.

VIACAVA, F.; BAHIA, L. Oferta de serviços de saúde: uma análise da pesquisa assistência médico-sanitária (AMS) de 1999. *Texto para Discussão [do] IPEA*, Brasília, DF, n. 915, p. 1-48, nov. 2002.

VIDAL-ALABALL, J. *et al.* Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Atención Primaria*, [s. l.], v. 52, n. 6, p. 418-422, June/July 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.003>. Acesso em: 19 jul. 2021.

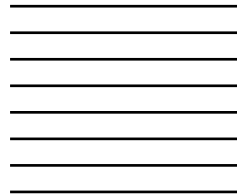
VIEIRA, M. C. *Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia*. 2017. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/983531?guid=1660742745481&returnUrl=%2fresultado%2flistar%3fguid%3d1660742745481%26quantidadePaginas%3d1%26codigoRegistro%3d983531%23983531&i=4>. Acesso em: 17 jul. 2021.

WERKER, L. C. M. F. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-21062018-145543/publico/MTR\\_688\\_Feuerwerker\\_1997.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-21062018-145543/publico/MTR_688_Feuerwerker_1997.pdf). Acesso em: 3 jul. 2021.

YUN, H. C. *et al.* Internal Medicine 2035: preparing the future generation of internists. *Journal of Graduate Medical Education*, [Chicago], v. 12, n. 6, p. 797-800, 2020.

ZIELINSKI, C. Infodemics and infodemiology: a short history, a long future. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [s. l.], v. 45, e40, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53850>. Acesso em: 27 jul. 2021.





## 5 HISTÓRIA DA INFECTOLOGIA

*Victor Oliveira Rocha*

*Igor Radel Ribeiro*

*Izabel Macêdo da Silva Neta*

*Hagar Senhorinha de Almeida Maturino*

*Lara Moraes Torres*

*Pedro Paulo Cordeiro Moura de Morais*

*Vitória Rodriguez de Palmela Barroso Aguiar*

*Aurea Angelica Paste*

As doenças infecciosas e parasitárias são um dos ramos da Medicina que mais obteve enfoque durante o século XX. Nos anos de 1970, este campo era representado no Brasil pela Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), composta por profissionais de diversas áreas, além de pesquisadores remanescentes da Medicina Tropical. (FOCACCIA, [201-])

Grandes endemias brasileiras, como, por exemplo, a doença de Chagas, esquistossomose, leishmanioses e hanseníases, tiveram grande enfoque da SBMT. Entretanto, com o surgimento de enfermarias específicas, as doenças infecciosas e parasitárias passaram a exigir cada vez mais um enfoque clínico, aumentando a

necessidade de interconsultas com especialidades que obtivessem conhecimento suficiente sobre tais doenças. (FOCACCIA, [201-]) Além disso, o surgimento da aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), em 1980, contribuiu para mudanças na especialidade de doenças infecciosas. (MARCOLIN, 2010)

*A Infectologia é uma especialidade muito hospitalar, enquanto doenças infecciosas e parasitárias é uma questão muito mais abrangente. [...] Uma abrangência muito mais vinculada aos trópicos, com um ideário um pouco colonialista, é a chamada Medicina Tropical, que tem uma abrangência não só de doenças infecciosas, mas de algumas doenças clínicas, como a anemia falciforme. [...] Essa foi a mudança que ocorreu e com data, inclusive, marcada: o primeiro caso [de aids] descrito no LANCET [revista científica sobre Medicina] foi em 13 de março de 1980. Isso mudou muito o aspecto das doenças infecciosas e parasitárias e, em razão da hospitalização muito frequente dessas pessoas, desenvolveu esse segmento, ao meu entender, da Infectologia. (José Tavares Neto, informação verbal)<sup>1</sup>*

Nesse contexto, tais profissionais não encontravam espaço adequado na SBMT para a discussão de temas clínicos, antibióticos, vacinas, Infectologia pediátrica, entre outras. (FOCACCIA, [201-]) A partir daí observou-se a necessidade de criar uma sociedade, cujo objetivo era oferecer oportunidades, no Brasil, para aqueles que possuíam interesse em praticar a especialidade voltada à clínica. (MENDONÇA; BADARÓ; SOUSA, 2005)

Tendo em vista essa nova necessidade, reuniram-se no antigo Hotel Ducal, em 30 de janeiro de 1980, sob a liderança do prof. Ricardo Veronesi, renomados professores, dentre eles prof. Rodolfo Teixeira. Decidiram, então, criar a Sociedade Brasileira de Doenças Infecciosas (SBDI). Entretanto, em 5 de fevereiro de 1980, o nome foi alterado, no estatuto social, para Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), tendo como primeiro presidente o prof. Ricardo Veronesi. Tal documento foi assinado por 37 membros. (MENDONÇA; BADARÓ; SOUSA, 2005) Nessa perspectiva, o termo “Infectologia” passou a abranger os assuntos referentes à Medicina Tropical, Patologia Tropical, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Moléstias Infecciosas e Moléstias Infecciosas e Parasitárias. (FOCACCIA, [201-])

Após a constituição da SBI, a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina a reconheceram como única sociedade da especialidade, autorizando-a a realizar exames e a conceder título de especialista. (FOCACCIA, [201-])

Este capítulo se dedica a narrar o protagonismo da Bahia na história da Infectologia brasileira. Para tal, contamos com a colaboração dos ilustres médicos e pesquisadores: dra. Aurea Angelica Paste, médica infectologista, professora

---

1 Entrevista sobre a história da Infectologia com José Tavares Neto, concedida a Izabel Macêdo, Hagar Senhorinha, Lara Moraes e Pedro Morais em 23 de julho de 2021.

adjunta da Faculdade Baiana de Medicina (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e coordenadora da residência de Infectologia do Instituto Couto Maia (ICOM); dr. Mitermayer Galvão dos Reis, médico patologista, ex-diretor da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e ex-presidente da SBMT; dr. José Tavares Carneiro Neto, médico, mestre em Medicina Tropical, ex-diretor da FMB; dra. Achilea Bittencourt, médica patologista, doutora em Anatomia Patológica pela UFBA; dr. Igor Brasil Brandão, médico infectologista, pós-graduado em Controle de Infecção Hospitalar; e dra. Clarissa Cerqueira Ramos, médica infectologista, pós-graduada em Controle de Infecção Hospitalar.

Contudo, para começar a compreender essa história é necessário conhecer marcos importantes da história da Medicina: a adoção da higienização das mãos, a descoberta das primeiras vacinas e dos antibióticos, que foram fundamentais para a queda das taxas de mortalidade por doenças bacterianas. (FLEMING, 2020)

## LAVAGEM DAS MÃOS

Higienização das mãos. Hábito aparentemente simples, é, na verdade, uma das medidas mais eficientes no controle e na prevenção de infecções relacionadas à assistência de saúde. (BRASIL, 2009) Atualmente, durante a pandemia de covid-19, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça a necessidade da higienização adequada das mãos de toda a população como uma das medidas mais eficientes para diminuir o risco de contágio pelo coronavírus. Entretanto, se hoje lavar as mãos é questão de saúde pública, em meados do século XIX, essa prática não era adotada pelos profissionais de saúde. Durante esse período, prevalecia ainda a teoria miasmática. Acreditava-se que as infecções surgiam a partir de miasmas – cheiros ruins no ar emanados de matéria orgânica em decomposição. (KARAMANOU et al., 2012)

Era comum os médicos realizarem dissecação de cadáveres e logo após realizarem partos sem lavar as mãos. Nesse contexto, em 1848, o médico húngaro Ignaz Semmelweis trabalhava no Hospital Geral de Viena, que possuía duas clínicas: a primeira clínica funcionava com médicos e estudantes de Medicina, enquanto a segunda clínica funcionava com parteiras. O inesperado era que as duas clínicas tinham taxas diferentes de mortalidade materna por febre puerperal, grande causa de mortalidade materna, sendo a primeira marcada por uma alta taxa de mortalidade. (ATAMAN et al., 2013 apud FLEMING, 2020)

Em 1847, após um dos médicos, Jakob Kolletschka, ser cortado acidentalmente por um bisturi durante uma dissecação, morrer e a autópsia sugerir patologia semelhante à febre puerperal, Semmelweis supôs que os médicos carregavam



partículas cadavéricas em suas mãos e contaminavam as mulheres durante o exame ginecológico. Como as parteiras da segunda clínica não realizavam autópsias, essas não se contaminavam. (ATAMAN et al., 2013 apud FLEMING, 2020)

A partir dessas observações, Semmelweis instituiu que a causa da febre puerperal era contagiosa e o uso de soluções de cloro para higienizar as mãos dos médicos, antes e depois dos atendimentos, poderia reduzir a sua incidência. “A taxa de mortalidade na Primeira Clínica caiu 90%, sendo então comparável à da Segunda Clínica”. (ATAMAN; VATANOĞLU-LUTZ; YILDIRIM, 2013) Semmelweis demorou 13 anos para publicar o tratado *A Etiologia, Conceito e Profilaxia da Febre Infantil*. (LOUDON, 2013) Apesar das suas observações serem importantes, o médico não recebeu apoio e suas ideias foram quase esquecidas. Atualmente, Semmelweis é considerado o “pai” do controle das infecções. (CARRARO, 2004 apud LOUDON, 2013)

*A higiene das mãos desde os primeiros relatos de Semmelweis, em 1847, sabe-se que é uma medida simples e muito importante para a prevenção e disseminação de muitas doenças. Agora com a pandemia, isso ficou ainda mais evidente tanto intra-hospitalar quanto extra-hospitalar. Dentro do hospital é uma medida simples e muito efetiva para diminuir a disseminação de agentes bacterianos, que chamamos de flora transitória, de objetos de que tocamos, que contaminam e colonizam temporariamente as nossas mãos. [...] Ainda muitos profissionais não adotaram, não introjetaram essa ação como uma ação importante e segura e acabam, no dia a dia, relaxando um pouco ou minimizando ou não tendo tempo [...]. (Aurea Paste, informação verbal)<sup>2</sup>*

## A ORIGEM DAS VACINAS

Jenner observou que as pessoas que ordenhavam as vacas não contraíam varíola, uma vez que já tivessem contraído a forma animal da doença – varíola animal. A partir dessa observação, Jenner decidiu fazer um experimento, em 1796. Após extrair o pus de vacas contaminadas, o médico inoculou este em um menino saudável de oito anos, James Phipps. O menino contraiu a doença, apresentou sintomas brandos e recuperou-se. Após a sua recuperação, o médico extraiu o líquido da ferida de um paciente com varíola, o vírus mais fatal, e introduziu novamente na criança. James não desenvolveu a doença, comprovando que ele estava imune. (JENNER, 1801 apud IMUNIZAÇÃO..., 2021)

A origem e o desenvolvimento das vacinas são um verdadeiro marco no percurso da humanidade, visto que a vacinação é o motivo pelo qual diversas doenças

---

2 Entrevista sobre a história da Infectologia com Aurea Paste, concedida a Lara Moraes e Victor Rocha em 28 de julho de 2021.

infeciosas foram erradicadas ou controladas. Devido à tamanha importância da vacinação para toda a história da Medicina, esse tema pode ser aprofundado no capítulo “O desenvolvimento das vacinas sob uma visão histórica e seus desafios ético, técnicos e geopolíticos” do livro *Generalidades e história da FMB* da série História da Medicina 2020-2021.

## A ORIGEM DOS ANTIBIÓTICOS

A descoberta dos antibióticos foi um dos mais importantes marcos da história da Medicina. Ao longo do século XIX, após a difusão da Teoria Microbiana acerca da origem infecciosa de diversas doenças, muitos cientistas almejavam descobrir substâncias capazes de combater os germes. (TAVARES, 2014 apud KARAMANOU et al., 2012)

Em 1928, o médico inglês, Alexander Fleming (1881-1955), descobriu a penicilina G, a qual viria a ser o primeiro antibiótico de utilidade clínica. Em Londres, no St. Mary's Hospital, o médico estudava intensamente a bactéria *Staphylococcus aureus*, que era a causa de infecção de feridas de muitos soldados na Primeira Guerra Mundial, até que, resolveu sair de férias por alguns dias, e por um descuido esqueceu-se de condicionar corretamente algumas culturas de bactérias. Ao observar as culturas deixadas, ele notou que um fungo do ar havia contaminado uma das culturas e não havia crescimento bacteriano ao redor do fungo. (NOSSA..., 2009)

Fleming passou a analisar o acontecimento e constatou que o fungo, pertencente ao gênero *Penicillium*, produz uma substância com efeito antimicrobiano. “Constatou, ainda, que a substância exercia atividade antibacteriana não só contra os estafilococos, mas, também, contra os estreptococos, bacilo diftérico, gonococo e meningococo”. (TAVARES, 2014, p. 5) Foi a partir desse descuido que Fleming fez, por acaso, a descoberta que mudaria o rumo de muitas infecções. Infelizmente, devido às limitações tecnológicas da época, houve dificuldade de cultivar o fungo em grande quantidade e isolar o antimicrobiano. Em 1938, Ernst B. Chain e Howard W. Florey, pesquisadores da Universidade de Oxford, retomaram a pesquisa de Fleming e isolaram pela primeira vez a penicilina. Iniciava-se então a era da antibioticoterapia. (NOSSA..., 2009; TAVARES, 2014)

E assim, não é possível falar de Infectologia, seja na Bahia ou em qualquer lugar do mundo sem ponderar as novas possibilidades que esses três marcos revolucionários possibilitaram, mudando não apenas a perspectiva humana no que diz respeito às doenças infecciosas, como também para todo o rumo da Medicina.

## **INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS**

Antes de falar sobre a história da Infectologia na Bahia, não se pode esquecer de uma das instituições que foi determinante para o enfrentamento de grandes epidemias no Brasil: o Instituto de Infectologia Emílio Ribas, uma das mais antigas instituições públicas do Brasil ainda em atividade. Mesmo após 130 anos de história, é considerado como referência em assistência médica, ensino e pesquisa.

No século XIX, São Paulo passava por transformações no seu perímetro urbano, devido ao significativo contingente de imigrantes que chegavam no porto de Santos e se hospedavam na capital enquanto aguardavam por seus destinos. Esse período foi marcado por diversas epidemias (MASTROMAURO, 2008), sendo a varíola a que exigiu maior atenção da comunidade científica (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, c2017), apesar da sua existência desde o século XVI. (RIBEIRO et al., 2011)

Em 1875, José Guedes Portilho, vereador da província de São Paulo, apontou a necessidade de ter na capital um hospital destinado à segregação dos indivíduos acometidos pela varíola. (MASTROMAURO, 2008) Posteriormente, através da criação de uma rede com integrantes das elites políticas, médicos e inspetores sanitários, foi possível melhor articulação para a criação do Hospital dos Variolosos. (TEIXEIRA; ALMEIDA, 2004)

Dessa forma, inaugurou-se em 8 de janeiro de 1880 (RIBEIRO et al., 2011), após quatro anos de construção (1876-1880), na cidade de São Paulo (MASTROMAURO, 2008), o Hospital Lazareto dos Variolosos (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, c2017; MASTROMAURO, 2008), tendo sido construído em um único pavimento. (MARCOLIN, 2010) Nesse contexto, os indivíduos que fossem infectados por doenças desconhecidas, sobretudo as de caráter epidêmico, deveriam ser isolados no Hospital dos Variolosos, sob o lema: isolar uns para proteger outros. (MASTROMAURO, 2008)

Inicialmente, o movimento do hospital deveria obedecer ao estado sanitário da capital, ou seja, o seu funcionamento se daria apenas em épocas de epidemia, do contrário, deveria permanecer fechado. No ano da sua fundação, os casos de varíola prevaleciam, por isso o nome Hospital dos Variolosos. (MASTROMAURO, 2008) Entretanto, com importantes descobertas bacteriológicas no fim do século XIX, o seu funcionamento passou a ser regular, devido ao fato de atender a outras moléstias, como por exemplo a cólera e a febre amarela. Além disso, ocorreram consideráveis alterações na sua estrutura, uma vez que houve a sua ampliação para três pavilhões com 180 leitos (RIBEIRO et al., 2011), com o objetivo de possibilitar o atendimento de outras doenças infectocontagiosas prevalentes na época, e passou então a ser denominado Hospital de Isolamento de São Paulo.

Em 1896, o Instituto Bacteriológico de São Paulo, atual Instituto Adolfo Lutz, foi transferido para o entorno do Hospital de Isolamento, auxiliando, assim, nas pesquisas e no diagnóstico das doenças. (MASTROMAURO, 2008; RIBEIRO et al., 2011) Nesse sentido, o hospital continuou a ser ampliado e, em 1932, em homenagem a Emílio Ribas, ex-diretor do serviço sanitário, foi rebatizado como Hospital de Isolamento Emílio Ribas. (RIBEIRO et al., 2011) Já em 1963, foi inaugurado um novo edifício com nove andares e, posteriormente, no período de 1986 a 1992, ocorreram novas ampliações nos serviços prestados pelo hospital, tornando-se, então, Instituto de Infectologia Emílio Ribas. (RIBEIRO et al., 2011)

Nos últimos anos, o instituto se consolidou como referência na produção de conhecimento e no treinamento de especialistas em Infectologia. Nos anos de 1970, exerceu um papel fundamental no enfrentamento da meningite meningocócica. (MARCOLIN, 2010) Nos anos de 1980, com a chegada da aids, a qual teve grande impacto sobre a especialidade de doenças infecciosas, o hospital teve papel central no enfrentamento dessa doença, sendo responsável por quase 90% do atendimento dos casos. (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, c2017)

Desde então, além de ser a maior referência nacional no combate às doenças infectocontagiosas, o Instituto Emílio Ribas também forma e capacita muitos profissionais que irão exercer a Infectologia por todo o Brasil, inclusive na Bahia.

## **O PROTAGONISMO BAIANO NA HISTÓRIA DA INFECTOLOGIA**

A Bahia, além de grandes encantos, destaca-se pelas importantes descobertas na área da Infectologia. Vale lembrar que falar da Bahia é falar do berço da colonização. Local provido de um porto movimentado e que foi responsável por promover um intercâmbio de culturas, mercadorias e, porque não dizer, das mais diversas doenças infecciosas. “Foi através do mar que chegaram os agentes infecciosos responsáveis pelas graves epidemias, logo no início da colonização, de varíola e febre amarela, e mais tarde, no século XIX, de cólera e peste”. (TEIXEIRA, 2007) Entretanto, assim como a Bahia serviu de porto para as mais variadas moléstias, também serviu como fonte de diversas mentes brilhantes, as quais dedicaram-se ao então incipiente estudo da Infectologia.

Teixeira (2007, p. 175) aponta como uma possível divisão para o estudo da história das doenças infecciosas, os períodos pré-colombiano, colonial, entre os séculos XVI ao XVIII, o século XIX, século XX e o período contemporâneo. No entanto, os maiores estudos e descobertas em solo brasileiro são do século XIX ao período contemporâneo, os quais tinham o objetivo de elucidar as etiologias das doenças, especialmente das infecciosas e parasitárias. (TEIXEIRA, 2007)

Entretanto, para compreender a história da Infectologia baiana, faz-se relevante a incursão pela história da Escola Tropicalista Baiana, uma vez que encontram-se umbilicalmente ligadas. A Escola Tropicalista Baiana deve sua origem a um grupo de médicos que, por volta do ano de 1860, em reuniões periódicas, sentavam-se para discutir e se dedicar aos estudos de doenças que ocorriam principalmente em regiões tropicais e que acometiam principalmente a parcela menos favorecida da população brasileira. (VARELA; VELOSO, [201- ]) Esse grupo, que veio a ser denominado por Pedro Nava, em 1948-49, como a “Escola Parasitológica e Tropicalista da Bahia”, teve seu nome simplificado por Coni, três anos depois, para Escola Tropicalista Baiana. (JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008) Considerando a importância da Medicina Tropical na história da Medicina brasileira e da Infectologia, esse tema é aprofundado no capítulo “Notas sobre a história da Medicina tropical na Bahia: do século XX à atualidade” do livro *Generalidades e história da FMB* da série História da Medicina 2020-2021.

Três estrangeiros fundadores desta “associação de facultativos”, o dr. José da Silva Lima, dr. John Paterson e o dr. Otto Wücherer, ficaram conhecidos como a tríade mais famosa da “Medicina Tropical” na Bahia. (JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008) Wücherer, no entanto, se destacou mais do que qualquer outro “tropicalista”, pelo fato de elaborar seus programas de pesquisa e divulgar na imprensa médica europeia. (PEARL, 1990) Ficou conhecido internacionalmente por seus estudos sobre as cobras brasileiras e seus venenos, pela descoberta de ancilostomíase na Bahia e do embrião da filaria. (VARELA; VELOSO, [201-])

Ademais, no ano de 1908, surge dentro do Hospital Santa Izabel, no laboratório de análises clínicas, uma das descobertas mais importantes já realizadas em território nacional. Pirajá da Silva era o nome do modesto assistente de Clínica Médica que descobriu os primeiros casos de esquistossomose nas Américas. (FALCÃO, 2008) Seus estudos sobre a doença foram de suma importância no cenário mundial, consagrando-o como mais um dos grandes nomes marcados na história da Medicina baiana.

Apesar da brilhante abertura no campo das pesquisas, o século XX na Bahia se inicia com a epidemia de uma moléstia até então desconhecida em solo brasileiro, a peste introduzida em Santos, e que chegou também pelo mar no estado da Bahia em 1904. Outrossim, houve surtos epidêmicos da doença meningocócica que, de forma intermitente, assolou a população baiana durante o período, no qual foi, também, notável o reaparecimento da dengue com a reintrodução do mosquito *Aedes aegypti*, assim como o reaparecimento da cólera, originada no Peru, ao fim do século. Em contrapartida, diversas outras doenças infecciosas puderam ser controladas principalmente em decorrência de campanhas eficazes de vacinação e de terapêuticas eficazes. (TEIXEIRA, 2007)

Da mesma forma que aconteceram epidemias significativas, o período em questão também foi repleto de estudos importantes. Sob a luz dos estudos de Wücherer no século passado e inspirados por Pirajá da Silva e suas descobertas, surgem diversos nomes brilhantes que conduziram variados estudos que acabaram por representar avanços relevantes, a exemplo dos trabalhos do dr. Roberto Badaró em seus estudos sobre a leishmaniose.

A Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) possuía um vínculo estreito de colaboração com o dr. Otto Wücherer e com os outros fundadores da Escola Tropicalista Baiana e da *Gazeta Médica da Bahia*. Além de alguns dos membros fundadores terem sido professores da faculdade, a tríade mais famosa da Medicina Tropical nunca se absteve de orientar os estudantes da academia. (JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008) Nessa atmosfera, em 1959, instalou-se a Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus no Hospital das Clínicas. Aluizio Rosa Prata assumiu a cátedra da disciplina. Este acontecimento significou a continuidade da Escola Tropicalista da Bahia. (TEIXEIRA, 2007) Atualmente, a faculdade contém em seu corpo docente nomes importantes da Infectologia e continua promovendo estudos relevantes nesta área.

Outras instituições, além de incentivar a produção científica baiana, também abrigaram diversos nomes importantes da Infectologia na Bahia. Dentre todas, destacam-se o Instituto Couto Maia (ICOM) e o Instituto Gonçalo Moniz (IGM) Fiocruz Bahia, cada qual com sua devida importância na elaboração de estudos que marcaram a história da Infectologia.

Antes de ser conhecido como ICOM, essa instituição era conhecida como Hospital de Isolamento MontSerrat, criado no dia 9 de abril de 1853 e tinha como objetivo isolar e tratar os marinheiros afetados pela febre amarela na Bahia. (LORENZO, 2013) O hospital tem destaque na história da Infectologia baiana uma vez que não só abrigou diversos portadores de doenças infecciosas, como promoveu pesquisas acerca das doenças que ali eram mais recorrentes. O IGM, também conhecido como Fiocruz Bahia, por sua vez, tem como marco inicial a metade do século XX, mais precisamente o dia 3 de abril de 1950. O instituto tem por objetivo fomentar e sedimentar bases sólidas para a pesquisa científica para o enfrentamento, sobretudo, de doenças infectocontagiosas de caráter epidêmico que assolam o território baiano. (INSTITUTO GONÇALO MONIZ, c2008)

Por fim, o período contemporâneo engloba o final do século XX até o século atual. As atividades de pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA) foram atingidas pelas sucessivas dificuldades que o Hospital Universitário Professor Edgard Santos vem atravessando. (TEIXEIRA, 2007) Embora haja falta de incentivos à pesquisa, ainda assim alguns pesquisadores fazem avanços significativos para a Infectologia, como Achiléa Bittencourt e suas pesquisas sobre o HTLV.

Assim, após compreender o cenário a despeito do desenvolvimento da Infectologia na Bahia, vale a pena conhecer alguns dos grandes nomes que contribuíram para a construção dessa história, com seus trabalhos que mudaram a perspectiva de várias doenças infecciosas e parasitárias e revolucionaram a história da ciência.

## DOUTOR OTTO WUCHERER E A DESCOBERTA DA ANCILOSTOMÍASE

Doutor Otto Wucherer, médico português, residente na Bahia, responsável pela primeira identificação do nematódeo *A. duodenale* na América (BENCHIMOL; SÁ, 2007), verificou, no ano de 1866, após observações cadavéricas, a presença de ancilóstomos duodenais aderidos à mucosa intestinal de cinco indivíduos acometidos por hipoemia intertropical (WUCHERER, 1866), moléstia comum entre a população de Salvador, também conhecida como opilação, cansaço (BENCHIMOL; SÁ, 2007), caquexia africana e clorose – no meio internacional. (PAES, 1921) A primeira observação da presença do ancilóstomo ocorreu em um escravo de 30 anos, no engenho Inhatá, próximo a Santo Amaro (BA). (ANCYLOSTOMA..., 1877) A mucosa intestinal dos pacientes encontrava-se pálida, no entanto apresentava equimoses em alguns pontos, associada à presença de líquido espesso de cor vermelha escura. (WUCHERER, 1866) Wucherer postulou então que o parasita poderia ser o responsável pela etiologia da doença, apesar de não encontrar a presença dos parasitas nas fezes dos doentes. (BENCHIMOL; SÁ, 2007; WUCHERER, 1866, 1869a)

Na época, a afirmação foi questionada por pesquisadores da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, defensores da teoria miasmática, que afirmavam que “esse verme” não poderia ser considerado como causador da hipoemia e sim um efeito desta, causa concomitante ou impeditivo ao seu tratamento. (ANCYLOSTOMA..., 1867) Contudo, apesar da divergência entre os pesquisadores, estudos adicionais em vários países confirmaram a relação entre a parasitose e a doença (BENCHIMOL; SÁ, 2007; MOURA, 1870), posteriormente nomeada adequadamente como ancilostomíase.

Adicionalmente, o dr. Wucherer, além de realizar a descrição anatômica do ancilóstomo (WUCHERER, 1869b), chegou a postular que o modo de transmissão da doença se daria pela ingestão de ovos e/ou embriões presentes em alimentos ou água e que as manifestações clínicas estariam relacionadas às condições do hospedeiro e seus hábitos de higiene (WUCHERER, 1866), chegando a sugerir a não ingestão de água não filtrada como preceito higiênico. (WUCHERER, 1869b) As investigações do dr. Wucherer permitiram a visualização da coexistência constante entre a presença de ancilóstomos e hemorragias na mucosa intestinal, postulando que seriam responsáveis pelo quadro de anemia severa. (WUCHERER, 1868) O pesquisador estudou ainda sobre o ciclo

evolutivo do parasita, através de experimentos com ovos, larvas e espécimes adultos. (WUCHERER, 1869b)

Posteriormente, o pesquisador Giovanni Grassi encontrou os ovos do ancilóstomo nas fezes dos doentes e Loos em 1898 demonstrou que a principal via de transmissão da ancilostomíase ocorria através da pele e não apenas pela via fecal-oral. (PAES, 1921)

## DOUTOR OTTO WUCHERER E A DESCOBERTA DA FILARIOSE NA BAHIA

Doutor Otto Wucherer, além de contribuir para a descoberta da ancilostomíase na Bahia, foi o responsável pela compreensão da etiologia de outra moléstia: a filariose. No dia 4 de agosto de 1866, Wucherer observou “vermes filiformes” na urina de uma doente acometida pela hematúria intertropical na Bahia. (WUCHERER, 1868) Tais parasitas nunca haviam sido antes encontrados por outro pesquisador, sendo distintos do *Distomum haematobium*, espécie encontrada previamente no Egito, na autópsia de pacientes falecidos com quadro semelhante a hematúria ou urina quilosa, nessa localidade. (CHRONICA, 1871) À época, a hematúria intertropical/quilúria infértil era uma moléstia muito frequente nos países tropicais e não possuía etiologia esclarecida. Inicialmente, o ilustre médico nada pode inferir sobre sua significação etiológica (WUCHERER, 1868), no entanto, afirmou que a hematúria de outros países tinha como etiologia a infecção pelo *D. haematobium*, enquanto no Brasil sua etiologia seria distinta. Vale ressaltar que a descoberta foi acidental, uma vez que o pesquisador se debruçava à procura de ovos do *Distomum haematobium* na urina dos pacientes hematúricos, quando se deparou com os vermes filiformes. A partir de nova observação em outra paciente do sexo feminino, passou então a postular que a presença dos referidos parasitas estaria relacionada a infecções vaginais, suposição descartada após a constatação do mesmo parasita na urina de pacientes homens. (WUCHERER, 1868)

Wucherer não encontrou durante sua vida o verme adulto nem as lesões anatômicas por este provocada nos pacientes hematúricos. A relação entre a hematúria intertropical e os helmintos passou a ser questionada por diversos pesquisadores que apoiavam etiologias distintas. (COUTO, 1877) Contudo, pesquisas posteriores permitiram a descoberta dos nematoides embrionários no sangue de portadores de quilúria infértil, diarreia e elefantíase e posteriormente também em pacientes hematúricos, reforçando o estudo da quilúria infértil como doença de etiologia infecciosa. (LIMA, 1877) Em 1875, o sr. Silva Araujo encontrou pela primeira vez no Brasil a filaria microscópica no sangue e em 1877, observou a espécie adulta na linfa extraída do escroto de um paciente portador de elefantíase. (LIMA, 1877)



Posteriormente foi identificado que as microfilárias encontradas por Wucherer e as filárias adultas identificadas pelo dr. Bancrofti na Austrália eram as responsáveis pela etiologia de uma patologia posteriormente descrita como filariose linfática. Em 1921 o termo *Wuchereria bancrofti* foi aceito, reconhecendo a importância baiana na descoberta do agente etiológico da doença. (GURGEL; CARNEIRO; COUTINHO, 2010)

## DOUTOR PIRAJÁ DA SILVA E SEUS AVANÇOS SOBRE A ESQUISTOSSOMOSE

Outra importante contribuição baiana ocorreu no ano de 1904. Nesse ano, Manuel Augusto Pirajá da Silva observou, no laboratório de análises clínicas do Hospital Santa Izabel, a presença de ovos espiculados nas fezes de alguns pacientes, sem poder esclarecer sua origem. Posteriormente, em 1908, publicou um artigo na *Revista Científica Brazil Médico* constatando pela primeira vez a presença da doença esquistossomose no Brasil, após encontrar novamente ovos semelhantes, agora já identificados como pertencentes ao gênero *Schistosomum*, além de 24 vermes adultos na veia porta dos pacientes. (FALCÃO, 2008; PRATA, 2008)

*Sobre a esquistossomose, [...] sem sombra de dúvidas o prof. Pirajá da Silva realmente deu uma contribuição fantástica e por isso no livro escrito por um de seus alunos ele coloca o termo 'O incontestável descobridor do S. mansoni', e porque ele coloca esse título? [...] Porque o termo descobridor foi dado ao professor Patrick Manson, um inglês, [...] ele teve a oportunidade de examinar as fezes de um paciente que morou nas chamadas Ilhas Ocidentais, colônias inglesas no Caribe. O que chamou a atenção dele é que nas fezes desse paciente tinha ovo com espícula lateral, esse ovo da espícula lateral diferente do que já havia sido publicado anteriormente que era o achado de ovos de outra espécie de Schistosoma, mas aí examinados na urina, que é o S. haematobium, que tem uma espícula em uma das suas extremidades, esse achado do prof. Patrick Manson ele descreve esse ovo com a espícula lateral e os colegas ingleses passaram a denominar a espécie de S. mansoni em homenagem ao prof. Manson. Isso demorou a acontecer pois um pesquisador alemão que morava em Alexandria e trabalhava com a esquistossomose, o professor Loss, [...] ele ficou insistindo que aquele achado do professor Patrick Manson não permitia dizer que era uma nova espécie, ele acreditava que se tratava na verdade de um ovo infértil do S. haematobium e por isso aparecia lá nas fezes [...].* (Mitermayer Reis)<sup>3</sup>

A grande contribuição do pesquisador baiano em relação ao *Schistosoma* foi o fim da corrente antagonista entre os pesquisadores Patrick Manson e Loss sobre

3 Entrevista sobre a história da Infectologia e esquistossomose com Mitermayer Reis, concedida a Hagar Senhorinha e Pedro Morais em 21 de julho de 2021.

a diferenciação das espécies *S. haematobium* e *S. mansoni*, após a descoberta de vermes adultos do parasita na veia porta dos pacientes, em cópula, que apresentavam ovos espiculados em seu útero, comprovando assim que esses ovos seriam ovos da espécie mansônica e não ovos inférteis de *S. haematobium* como defendido pelo pesquisador Loss. (FALCÃO, 2008)

*Pirajá [...] no Hospital Santa Izabel, que era o hospital da FAMEB por muito tempo, [...] examinando as fezes dos pacientes que estavam internados [...] encontrou ovos com a espícula lateral, achado semelhante ao prof. Patrick Manson, mas qual a diferença e porque o Edgar Falcão coloca no livro que ele escreve sobre o prof. Pirajá o incontestável descobridor do S. mansoni? Ora porque ficou o tempo todo aquela confusão entre o grupo da Inglaterra e o grupo liderado alemão pelo professor Loss [...]. Então o que que o prof. Pirajá fez? Pirajá não só encontrou ovos nas fezes, mas teve oportunidade de examinar pacientes que tinham ovos nas fezes e ele encontrou nesses pacientes, na veia porta, a presença de casais de vermes [...], encontrou na veia mesentérica os vermes acasalados e nesses vermes acasalados, ele encontrou que dentro do útero da fêmea tinha sim ovos com a espícula lateral, então isso joga por terra aquela narrativa do Loss que isso seriam ovos inférteis [...]. (Mitermayer Reis)*

Em março de 1909, Pirajá entregou sua monografia intitulada *La schistosomose à Bahia* ao dr. Raphael Blanchard, professor de Parasitologia na Faculdade de Medicina de Paris, com desenhos, descrições anatômicas completas e observações sobre o *S. mansoni*. Blanchard publicou o trabalho nos Archives de Parasitologie, difundindo informações inéditas sobre a descrição do parasita feitas no Brasil, para o mundo. (FALCÃO, 2008)

*Então os ingleses se apropriaram de todas essas informações do Pirajá e não dão o crédito a ele porque em tese ele realmente prova que é uma nova espécie, ele tinha o verme adulto, ele tinha o casal acasalado, ele mostra tudo isso. Eles usam inclusive esses argumentos para poder consolidar a ideia que tinham que era uma nova espécie mas não tiveram a humildade de chamar a espécie de Manson Pirajá da Silva que isso é o que Edgar Falcão em última análise propôs e nós todos baianos. [...] Ele foi o primeiro indivíduo a mostrar de maneira inequívoca [...] mostrando que no verme acasalado nas fêmeas encontravam-se os ovos com a espícula lateral. (Mitermayer Reis)*

Além desse feito, Pirajá foi o responsável pela descrição da cercaria blanchardi, isolada a partir do caramujo *Planorbis bahiensis* (*Australorbis glabratus*) demonstrando assim, de maneira inédita, o hospedeiro intermediário do *Schistosoma*. (PRATA, 2008) Tal descoberta é de ilustre contribuição para a Medicina, uma vez que a esquistossomose é uma doença de graves repercussões clínicas, mas que pode ser facilmente tratada e prevenida.

Outros pesquisadores também contribuíram para o estudo da doença na Bahia:

*O prof. Aluizio Prata fez um trabalho brilhante [...], ele deu continuidade aos estudos em esquistossomose em Salvador, [...] também na localidade de Caatinga do Moura, uma área no município de Jacobina. [...] junto com a profa. Vanise Macedo e o professor José Carlos Bina [...]. Eles fizeram descobertas muito interessantes mostrando que os indivíduos que faziam as formas graves eram os indivíduos que permaneceram infectados por muito tempo sem receber o tratamento. [...] Na parte de clínica, a Bahia deu grandes contribuições e as duas pessoas que me saltam aos olhos [...] são o prof. Aluizio Prata e o prof. José Carlos Bina. [...] O prof. Prata influenciou o prof. Zilton e vários outros, o prof. Rodolfo Teixeira e tantos outros [...]. O prof. Carvalho Luz, um professor muito importante na época, eles fizeram uma cirurgia, a ideia era filtrar o sangue da veia porta para retirar os vermes e ver se os pacientes melhoravam [...]. Outro destaque, realmente uma das pessoas que mais contribuiu no mundo para o entendimento da patologia da esquistossomose, foi o baiano, meu mestre, [...], o prof. Zilton de Araújo Andrade. O professor Zilton escreveu a história da patologia humana da esquistossomose, claro que tem outros autores [...]. (Mitermayer Reis)*

Destacam-se ainda outros nomes como o do professor Tavares-Neto.

*Desde 1976 ainda como interno eu tenho um trabalho longitudinal que foi a partir dele que eu fiz minha monografia de residência [...], eu trabalho há 47 anos em Catolândia [...] esse trabalho eu tenho orgulho de dizer o seguinte: serviu de modelo para o controle da esquistossomose na região Nordeste. Nós tínhamos em 1976, que começou isso, o prof. Alberto Serravalle [...] era professor meu de Parasitologia e o prof. Aluizio Prata. E a partir de 1980 eu assumi integralmente o projeto, de 76 a 80 eram eles dois os coordenadores. Nós tínhamos em Catolândia 92% da população eliminando ovos, 15% com mais de mil ovos/grama de fezes, nós tínhamos 3 a 4 mortes por hematêmese por ano em jovens [...]. Com o tratamento em massa anual, fossa séptica em todas as casas e vaso sanitário e educação [...], hoje Catolândia tem nos últimos 15 anos uma prevalência anual de 1,8-2,3. (José Tavares-Neto)*

*Eu procurei dar continuidade, eu sou patologista [...], quando eu retornei para a Bahia, eu retornei com a incumbência de identificar uma nova área para o estudo da esquistossomose [...]. Fui fazer um trabalho na cidade de Itaquara e quando cheguei encontrei 90% das pessoas infectadas [...], todo o Vale do Jiquiriçá [...]. Temos que manter a vigilância, a minha preocupação é que esquistossomose, Chagas perderam o glamour [...] nós não podemos baixar a guarda [...]. (Mitermayer Reis)*

## AS DESCOBERTAS BAIANAS SOBRE A LEISHMANIOSE

Ainda no início do século XX, a Bahia também foi palco de importantes descobertas sobre o curso de outra doença infecciosa: a leishmaniose, uma doença cuja ocorrência no Brasil já intrigava muitos pesquisadores, sobretudo baianos, desde o fim do século anterior.

O agente etiológico causador do calazar (leishmaniose visceral) e do botão do oriente (leishmaniose cutânea), como era originalmente chamada, foi descrito em 1903 por Leishman e Donovan. A partir de 1909, diferentes observadores assinalaram a existência em várias regiões da América do Sul, de uma leishmaniose que apresentava grande semelhança com o botão do oriente, considerando que esta poderia ser uma variação da mesma doença, e foi assim denominada de leishmaniose americana. (TEIXEIRA, 2007)

A partir de então, no Brasil, começaram os estudos epidemiológicos acerca dessa patologia, já conhecida pelo mundo. As teorias sobre a origem e difusão das leishmanioses no Brasil são muitas. A partir de 1890, o baiano Juliano Moreira e o paulista Aguiar Pupo propunham a primeira teoria de origem mediterrânea, enfatizando que os casos observados em pacientes da Bahia, doença chamada botão da Bahia, eram parecidos ao botão do oriente. (LINDENBERG, 1909 apud ALTAMIRANO-ENCISO et al., 2003) Essa doença se disseminou pelo país por conta da explosão imobiliária e turismo, que proporcionaram a migração de pessoas pelos centros urbanos. (TEIXEIRA 2007)

Os primeiros estudos acerca das lesões da leishmaniose no estado da Bahia se iniciaram com o dr. Alexandre Cerqueira, em 1885. No entanto, apenas em 1895 foi feita a primeira publicação na Bahia sobre essa doença, por Juliano Moreira que escreveu sobre a semelhança dos caracteres das lesões encontradas com o botão do oriente. Em 1916, o dr. Augusto Cerqueira comentava que o número de doentes triplicaria a cada ano. (MORAES, 1916) Na década de 1920, o dr. Octavio Torres, se dedicava a procurar a cura da moléstia e levava injeções de tártaro emético para o interior do estado para tratar os doentes, enquanto isso, o dr. Pirajá da Silva diagnosticava doentes no hospital da Faculdade de Medicina. Esse mesmo médico, procurou descrever a distribuição geográfica da doença, identificando os focos de endemias. (MORAES, 1916)

As pesquisas acerca desta patologia aconteciam, principalmente, no Hospital Universitário e no Hospital Santa Izabel e se estenderam para o interior do estado, onde se concentravam endemias importantes. Em Jacobina, ocorriam pesquisas relacionadas ao calazar e à leishmaniose tegumentar. Tais pesquisas abrangiam aspectos de epidemiologia, história natural das doenças, terapêutica, inquéritos clínicos e laboratoriais. A Fundação Octávio Mangabeira, criada em 1950, e o Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz, criado em 1979, também foram núcleos de produção científica acerca dessa doença. (TEIXEIRA, 2007)

Retomando a cidade de Jacobina, pode-se dizer que ela foi a grande responsável pelo desenvolvimento do interesse e pesquisa em torno da leishmaniose na Bahia. O primeiro grande estudo foi de Penna, no qual, através da viscerotomia, encontrou 41 casos positivos para leishmania. (PENNA, 1934) Depois desse

período, vários casos provenientes de Jacobina foram relatados pelo país. Pessoa e Figueredo relataram 28 casos de calazar, forma clássica, entre 60 crianças examinadas em apenas três dias. (PESSOA; SILVA; FIGUEIREDO, 1955)

O primeiro estudo clínico e laboratorial do calazar, em pacientes provenientes de Jacobina, foi realizado por Prata, em 1955. De 22 casos estudados na Bahia, 10 procederam de Jacobina. Hepatoesplenomegalia, febre e anemia compunham o clássico tripé da doença. As alterações hematológicas e a hiperplasia plasmocitária ficaram bem documentadas no estudo da medula óssea. (CARVALHO; PRATA, 1961; PRATA, 1957)

Nos anos 1960, a atenção estava voltada para os estudos de reservatórios transmissores. Sherlock e Lopes publicaram uma série de cinco artigos sobre suas observações acerca do calazar em Jacobina, Bahia. O primeiro deles tratava sobre aspectos históricos e dados preliminares, no segundo, foi melhor entendido o papel da leishmaniose canina no ciclo da doença. O terceiro e quarto são de fundamental importância para compreender o vetor da doença, o mosquito *Lutzomyia longipalpis*. Já o quinto discorre sobre o resultado das medidas profiláticas (eliminação de cães e combate ao mosquito vetor), medidas que impactaram significativamente no número de casos em Jacobina. (SHERLOCK, 1969; SHERLOCK; ALMEIDA, 1969, 1970; SHERLOCK; GUITTON, 1969a, 1969b) Em 1976, um programa específico para o estudo soroepidemiológico da leishmaniose foi iniciado por Teixeira. (TEIXEIRA, 1980)

Todas essas pesquisas, durante o século XX, foram de extrema importância para o avanço do conhecimento da doença por todo o Brasil. A partir da década de 1980, o médico infectologista prof. dr. Roberto Badaró deu continuidade às pesquisas relacionadas à doença, as quais mantém até os dias atuais. Seus inúmeros estudos nas duas últimas décadas do século XX, envolveram dados epidemiológicos, que mostraram alta prevalência e incidência de leishmaniose visceral nas crianças da cidade de Jacobina. (BADARÓ et al., 1986) Além disso, atentou-se a investigar a sintomatologia e formas clínicas, o que demonstrou muitos indivíduos que, apesar de soropositivos, eram assintomáticos ou oligossintomáticos. (BADARÓ et al., 1986)

Estudou também acerca da fisiopatologia da anemia nos casos de leishmania e sua relação com complexos imunes ligados à parede das hemácias. (BADARÓ et al., 1986) Foi descoberto um antígeno que ofertou maior sensibilidade aos testes diagnósticos o que foi muito importante para o entendimento da epidemiologia no calazar por todo Brasil. (BADARÓ, 1988a) Além disso, junto ao dr. A. Barral, identificou que *L. donovani chagasi* não era a única espécie de leishmania no Brasil, como se pensava anteriormente à descoberta de cepas de *L. donovani amazonenses* em Jacobina, em 1988. (BARRAL, 1988)

A combinação dos esforços de diversos pesquisadores e a manutenção de um programa continuado de pesquisas, principalmente em Jacobina, contribuiu para o conhecimento, não apenas da leishmaniose no Brasil, mas também, da área da Imunologia e da Parasitologia desta endemia. Dessa forma, formas de combater a doença e diminuir os sofrimentos dos acometidos foram sendo criados. Pode-se dizer que graças às pesquisas feitas na Bahia, o conhecimento acerca da leishmaniose evoluiu no mundo como um todo.

Doutor Roberto Badaró, continuou os seus estudos, e durante a década de 1980-1990 avançou na pesquisa sobre a resposta imunológica à doença e o seu diagnóstico, através da detecção de anticorpos antileishmania com os antígenos K39 e K26. (BHATIA, 1999) Dessa forma, pode-se afirmar que a Bahia vai continuar sendo um estado produtor de estudos e avanços relacionados à leishmaniose.

## DESCOBERTAS PATOLÓGICAS A RESPEITO DO HTLV-1

Destaca-se, mais recentemente, a importância de pesquisadores baianos com relação à identificação de doenças virais nos pacientes do estado, em especial o HTLV. Em 1997, em um dos primeiros estudos sobre o tema, liderado pelo pesquisador Bernardo Galvão, uma avaliação feita entre 5.842 doadores de sangue em 5 capitais do Brasil mostrou frequência de infecção mais elevada em Salvador, de 1,35%. (GALVÃO-CASTRO et al., 1997) Em estudo mais recente, em 2019, realizado pela Fiocruz Bahia e liderado pela pesquisadora Fernanda Grassi, a partir de dados de testes feitos no Laboratório Central de Saúde Pública da Bahia (Lacen-BA), estimou-se uma soroprevalência de 14,4 em cada 100 mil habitantes baianos, com taxas maiores em Barreiras (24,83) e Salvador (22,90). (ESTUDO..., 2019)

A importância do tema se insere no contexto das manifestações variadas e potencialmente graves associadas à infecção pelo vírus, sobretudo o HTLV-1. Podem incluir a paraparesia espástica tropical/mielopatia (TSP/HAM) e a dermatite infecciosa associadas ao HTLV-1 e a leucemia/linfoma de células-T do adulto (ATLL). (BITTENCOURT; OLIVEIRA, 2005) A respeito da primeira temática, destaca-se o papel do prof. dr. Edgar Marcelino de Carvalho Filho, com descrições clínicas e imunopatológicas. (PESQUISADOR..., 2018) Principal pesquisadora baiana sobre as duas últimas manifestações, a prof. dra. Achiléa Bittencourt, conta como surgiu o seu interesse de estudo a respeito da temática:

*Sobre a influência do vírus nas gestações iniciei um estudo por volta de 1997, investigando, sorologicamente, 6.754 gestantes com discriminação entre os HTLV-1 e HTLV-2, publicado em 2001. De referência a ATLL, o nosso primeiro diagnóstico da doença ocorreu por volta*

*de 1993, caso publicado em 1994. Depois sobre a dermatite infecciosa associada ao HTLV-1, os primeiros casos observados foram a partir de 1997 [...]. No entanto, o meu principal interesse iniciou-se em 1990 com a minha aposentadoria da FAMED, quando decidi me dedicar, voluntariamente, apenas a pesquisa e ensino de pós-graduação e a orientação de alunos de iniciação científica. Meu interesse pela temática foi porque considerava a infecção pelo HTLV negligenciada em relação a aids e, também, porque algumas doenças por ela causadas pertenciam áreas anteriormente do meu interesse e nas quais eu achava que poderia contribuir, tais como linfomas em geral e patologias cutânea e pediátrica. (Achiléa Bittencourt)<sup>4</sup>*

Com relação à percepção de negligência a respeito da temática no cenário da saúde pública nacional, acrescenta:

*Em primeiro lugar, isso ocorre certamente devido à ignorância sobre os graves problemas que a infecção causa. No entanto, outro fator importante deve ser o fato de ocorrer numa faixa populacional de baixa renda, em geral menos privilegiada. Lembro-me, que quando comecei a me interessar pela leucemia/linfoma de células T do adulto (ATLL), os médicos oncologistas dos serviços públicos tinham grande dificuldade de obter o interferon-alfa para tratamento desta doença, o que hoje, felizmente, não parece ser mais realidade. Outro aspecto que acho ainda negligenciado é a prevenção da transmissão vertical pelo aleitamento. A transmissão vertical é responsável por formas graves da doença: ATLL, a forma infanto-juvenil da HAM/TSP e a dermatite infecciosa associada ao HTLV-1 [...]. Felizmente, em Salvador, tenho conhecimento que já há conscientização sobre este tema entre os profissionais de saúde. (Achiléa Bittencourt)*

A dermatite infecciosa relacionada ao HTLV-1 é um tipo infantojuvenil de eczema infectado que ocorre em portadores deste vírus, muito descrito na Jamaica na década de 1990. É de evolução crônica, somente regredindo em torno dos 14 anos de idade. O importante é que portadores desta doença podem evoluir para HAM/TSP, considerada como forma infanto-juvenil da mielopatia, devido à transmissão vertical. Pacientes que tiveram dermatite infecciosa devem ser acompanhados cuidadosamente. (BITTENCOURT; OLIVEIRA, 2005)

*Começamos a investigar sobre DIH em 1997, com a dra. Maria de Fátima Paim de Oliveira, pediatra da UFBA que fazia residência em Dermatologia, com o apoio da chefe do setor, inicialmente, dra. Neide Ferraz e, posteriormente, a dra. Vitória Rego, fazendo sorologia para HTLV-1 em todas as crianças que apresentassem eczema e, então, começaram a aparecer os primeiros casos o que foi suficiente para um aprimoramento do diagnóstico diferencial da DIH com outros tipos de eczema na mesma faixa etária [...]. Os pacientes eram submetidos*

---

4 Entrevista sobre a história da Infectologia e o HTLV com Achiléa Bittencourt, concedida a Igor Radel em 29 de setembro de 2021.

*a exame clínico e laboratorial, a cultura das lesões de pele (bacteriológica e micológica) e a estudo morfológico de esfregaços de sangue periférico. Os familiares positivos passavam a ser investigados da mesma forma [...]. Entre os principais achados encontrados pelo nosso grupo de pesquisa, destacam-se a demonstração da maior frequência da dermatite infecciosa na Bahia que em outros estados brasileiros, a frequente evolução da dermatite infecciosa para a mielopatia associada ao HTLV-1, e caracterização da forma do adulto da dermatite infecciosa. As nossas maiores dificuldades foram contatar os pacientes ao longo do acompanhamento devido ao baixo nível social dos mesmos e frequente mudança de endereço e telefone. Seria importante ter recursos para continuar o acompanhamento desses pacientes. (Achiléa Bittencourt)*

Já o ATLL consiste em um tipo agressivo de doença linfoproliferativa causada pelo vírus linfotrópico para células T humanas (HTLV-1), geralmente fatal e com pobre resposta quimioterápica. (BITTENCOURT; FARRÉ, 2008) Estima-se que um terço dos linfomas de células T maduras no estado da Bahia é associado a esse vírus. (BARBOSA, 1997)

*O primeiro caso de ATLL que observamos foi em 1994 [...]. Pouco tempo depois, começamos a coletar dados epidemiológicos e clínico-patológicos dos pacientes diagnosticados com linfomas T no serviço de Patologia e a coletar sangue e DNA para futuros estudos de biologia molecular ainda não realizados na Bahia nos pacientes com sorologia positiva para o HTLV-1 [...]. Eram submetidos a exames clínico, laboratorial e de imagem e as formas clínicas eram classificadas de acordo com a classificação de ATLL de Shimoyama (1991). Simultaneamente, começamos a submeter a teste sorológico para HTLV-1 todos os pacientes da Dermatologia que tinham suspeita ou diagnóstico de linfomas T e, nos positivos, passávamos a adotar o mesmo protocolo. Todos os pacientes eram acompanhados. Depois, estudos de biologia molecular começaram a ser feitos em colaboração com Fiocruz-BA. Em 1992, já tínhamos criado o nosso primeiro grupo de pesquisa, também certificado pelo CNPq, para estudos sobre linfomas, lesões pré-linfomatosas e associação de linfomas a vírus, sendo o nosso principal interesse o HTLV-1, neste grupo tínhamos a colaboração da profa. Iguaracyra Araujo. Destaca-se também, nessa área, os principais achados encontrados pelo nosso grupo de pesquisa: a observação de que 37,5% dos pacientes de ATLL com lesão de pele tinham tido eczema infantil infectado semelhante à dermatite infecciosa relacionada ao HTLV-1, a caracterização de uma nova forma de ATLL ainda não descrita até então (tumoral primária da pele) e subsequente inclusão desta forma na classificação de ATLL de Shimoyama e a demonstração de que a forma smoldering da ATLL ocorre mais frequentemente que o referido em outros estudos latino-americanos, com evolução muito mais favorável do que as outras formas da doença. O principal problema desta pesquisa foi a dificuldade de comunicação com os pacientes e, no início, a falta de conhecimento da entidade pelos profissionais de saúde. A perspectiva futura, deveria ser uma avaliação, em vários estados brasileiros, sobre a frequência de ATLL dentre os linfomas T, que ainda é considerada, infelizmente, por muitos, como rara. (Achiléa Bittencourt)*



## A PANDEMIA DA COVID-19 E O PROTAGONISMO DA INFECTOLOGIA

Recentemente, um novo desafio se apresentou para a Infectologia. Em 31 de dezembro de 2019, foi descoberto o vírus SARS-CoV-2, capaz de causar uma doença potencialmente mortal, a covid-19, a ser declarada uma pandemia mundial pela OMS em 11 de março de 2020. (WHO..., 2020)

Muitas pandemias já marcaram a história, desde a peste negra há mais de 600 anos, ou mais recentemente o HIV-aids e a gripe espanhola. (CAMPOS FILHO, 2020) Muitos são os desafios impostos pela guerra contra o que não se vê: bactérias e vírus surpreendendo com sua capacidade de resistir às armas mais letais criadas pelo homem, os antimicrobianos; “velhos conhecidos” endêmicos reemergindo; microrganismos inovando em sua capacidade de transpor as barreiras mais especializadas do corpo humano. (RESISTÊNCIA..., [201-])

Ainda assim, a covid-19 conseguiu fazer o mundo inteiro parar: pessoas res- tritas às suas casas e serviços essenciais, países com suas fronteiras trancadas, escolas e universidades fechadas, famílias separadas, enfermarias e unidades de terapia intensivas lotadas. Apenas no estado da Bahia, até junho de 2021 já se acumulavam mais de 1,1 milhão de casos confirmados e mais de 24 mil óbitos. (SESAB, 2021)

Diante desse cenário desolador, os profissionais de saúde assumiram um pa- pel crucial na luta contra esse novo inimigo – e tão habituada a lidar com esse adversário invisível, a Infectologia acabou se incumbindo de um protagonismo e uma grande responsabilidade, como relatam médicos infectologistas que atua- ram no suporte à população baiana frente à essa pandemia:

*Alguns anos atrás, há uns dez anos atrás, as pessoas diziam que a Infectologia iria acabar porque com o advento da Medicina Preventiva, com o saneamento básico, com as vacinas, as doenças infectocontagiosas iriam perder a sua importância no cenário médico, trazendo um mundo novo, ultra mega seguro. E a gente vê que as coisas não caminham como a gente imaginava. [...] O que a gente tem visto é um contraponto: na verdade mesmo com o advento de toda essa tecnologia em vacinas e antibióticos que ainda são insuficientes para o mun- do bacteriano, que vem se desenvolvendo da mesma forma que a gente, ou até mais rápido. A gente também vê o mundo viral se desenvolvendo de forma de que existe uma guerra que é o humano contra o meio-ambiente. Eu diria isso, a gente não respeita o meio ambiente, e vírus, bactérias, protozoários, eles vêm de encontro aos humanos. (Igor Brandão)<sup>5</sup>*

*A Infectologia é uma especialidade relativamente nova, muitos pacientes nem sabem o que um médico infectologista faz, mas com a pandemia [...] a especialidade como um todo, foi*

5 Entrevista sobre a pandemia da covid-19 e o protagonismo da Infectologia com Igor Brandão, concedida a Victor Oliveira Rocha em 13 de julho de 2021.

*bastante louvada e necessária para esse enfrentamento. A gente já visualizou isso [...] na prova de residência para Infectologia: esse ano nós tivemos quase que o triplo da quantidade de candidatos que habitualmente procuram a especialidade. (Aurea Paste)*

Muito desse reconhecimento e valorização se deve, entre outros fatores, ao espaço conquistado nas mídias sociais, desenvolvendo um trabalho considerável de educação em saúde. Numa ocasião como esta, com falta de informações consistentes sobre a doença, contrapondo o medo que se alastra pela sociedade, é primordial orientar a população quanto a forma de se portar frente aos novos desafios impostos, mas também reforçar medidas de segurança, como a higienização das mãos – tão conhecida, mas tão preterida –, e até mesmo combater a desinformação (as conhecidas *fake news*):

*Você mostrando seu rosto pras pessoas, você primeiro, passa mais segurança, por ser especialista, você passa mais firmeza, uma informação mais fidedigna. [...] Além disso, você demonstra também uma linguagem mais apropriada para cada tipo de população, [...] para que todos entendam e aprendam aí sobre as medidas de controle de transmissão de doenças, sobre diagnóstico, tratamento da covid... (Clarissa Cerqueira)<sup>6</sup>*

Além desse papel educativo, para que esse conhecimento – que também engloba todo o manejo assistencialista do paciente com covid-19 – passasse a existir, se fez necessário que a figura do infectologista também assumisse o papel social de cientista. De relatos de experiências a estudos robustos randomizados que avaliaram a eficácia de vacinas ou medicamentos, a produção científica desses profissionais foi um dos motivos pelos quais, apenas em 2020, mais de 92,5 mil trabalhos fossem publicados sobre o tema, de acordo com um dos maiores periódicos científicos, o PubMed. (NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2020)

E tão importante quanto produzir esse conhecimento é se manter atualizado em relação a ele, uma tarefa nada fácil diante de tanta produção científica. E assim, além das longas jornadas de trabalho assistencial, o infectologista tem mais esse “dever de casa”.

*A Infectologia sempre foi uma especialidade que andou muito junta de projetos científicos, da produção de conhecimento. Sempre foi. Porque a gente sempre está lidando com doenças que estão se atualizando, estão doenças novas aparecendo, e não só do ponto de vista individual, mas do ponto de vista como sociedade, o comportamento dessas doenças em comunidade. (Clarissa Cerqueira)*

6 Entrevista sobre a pandemia da covid-19 e o protagonismo da Infectologia com Clarissa Cerqueira, concedida a Victor Oliveira Rocha em 15 de julho de 2021.

*O que tem sido produzido em torno da covid-19 e doenças associadas, [...], tem sido uma avalanche de informações, mas a gente tem que saber fazer uma seleção desses artigos, e ter um olhar crítico rápido, pela revista você começa a fazer uma triagem grande dos artigos científicos, e procurar de acordo com a necessidade. A gente vai se atualizando, com esse mundo moderno hoje, quase todas as grandes revistas médicas, elas abriram seu conteúdo para covid-19 de forma free, de graça, e também através de plataformas digitais, como WhatsApp, Instagram, grupos de pesquisa, de pós-graduação, grupos de especialidades, e de colegas de trabalho. [...] Mas, em geral, eu prefiro sempre não ouvir o que o colega só falou. [...] Você tem que ir lá na referência bibliográfica, tirar suas próprias conclusões, aprender e passar adiante. (Igor Brandão)*

*Em geral, na pandemia, é muito difícil você ter que manter uma rotina de atualização com a prática, por que você é muito demandado. (Clarissa Cerqueira)*

Atrelada a essa prática de atualização está a atuação profissional propriamente dita do Infectologista, da qual podemos ressaltar a especialização no controle de infecções intra-hospitalares, e o funcionamento das chamadas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs) e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIHs), comumente integradas por esses especialistas. (BATISTA, 2004)

Diante do contexto pandêmico, muito destaque tem sido dado a essas entidades que já desenvolviam um trabalho crítico aos serviços de saúde. Envolvidas com a elaboração dos protocolos institucionais, racionalização de EPIS, coordenação de profissionais e seus fluxos, entre muitas outras atribuições, elas têm reafirmado o seu caráter primordial à segurança do paciente, e ao resguardo para atuação dos outros profissionais. (BATISTA, 2004)

*Mesmo antes da pandemia, o Serviço de Controle [de Infecção Hospitalar] [...] interage com todos os outros setores dentro de um hospital: da manutenção à assistência mais refinada [...]. Na pandemia isso aumentou absurdamente, tudo praticamente passava pela avaliação da CCIH [...] os fluxos de atendimento dos pacientes, os treinamentos com os equipamentos de proteção individual dos profissionais, os protocolos de tratamento. [...] Vivenciamos a possibilidade de falta de produto de higienização das mãos [...], equipamento de proteção individual. Para qualquer ação, a gente tinha o plano A, o plano B e o plano C, porque se um não desse certo, a gente já estava vislumbrando o segundo. (Aurea Paste)*

*Quem estava trabalhando com isso durante essa pandemia completamente enlouqueceu, porque tratando de uma doença nova, você tem que organizar basicamente todo o fluxo do hospital em que você está trabalhando. Então, quem não conhecia, passou a conhecer, e passou a respeitar. (Clarissa Cerqueira)*

Conciliar todas essas demandas tem feito com que o médico infectologista precisasse adaptar sua rotina a esta nova realidade. Muito tem se discutido na comunidade científica quanto ao esgotamento do profissional de linha de frente da covid-19 – cabendo aqui ressaltar a Infectologia –, e como isso impacta na vida pessoal desse indivíduo, no que se refere à sua saúde psíquica e interação social, mas também na sua capacidade de desenvolver suas atividades laborais como fazia antes. (WALTON; MURRAY; CHRISTIAN, 2020) “Muitos profissionais de saúde perderam a vida, muitas pessoas estão, estavam e vão ficar exaustas [...], isso só aumenta a chance da gente errar na hora que a gente está prestando assistência à saúde”. (Igor Brandão)

*Com pandemia, você reduz o seu tempo de lazer, porque você não tem, afinal em casa você tá em teleconsulta, tá tendo a demanda dos pacientes, você não consegue descansar, não importa aonde você vá. [...] E você vai fazer o quê? Passar seus pacientes para algum outro infecto? Ninguém quer, tá todo mundo 'por aqui'.* (Clarissa Cerqueira)

## **BOX CANDIDA AURIS: MAIS UM DESAFIO ATUAL PARA A INFECTOLOGIA?**

Além dos transtornos impostos diretamente pela covid-19, várias são as adversidades discutidas pela comunidade científica como um legado indireto desse período. Dentre elas, uma importante infecção nosocomial que tem se espalhado pelo globo, e agora chegou ao Brasil através da Bahia: a *Candida auris*. (ALMEIDA JUNIOR et al, 2021a)

*O corticoide, até o presente momento, eu acredito ser a nossa principal forma de que a gente [...] está salvando vidas da covid. Mas, ela tem o seu preço, [...] ela deixa o paciente imunossupresso. A gente trata de um paciente praticamente como se fosse um paciente pós-quimioterapia. E dentro de um contexto desse aí de um paciente com covid, [...] é um paciente imunossupresso, multi-invadido e com um internamento prolongado. Isso daí, é uma fórmula de bolo maravilhosa para muitas infecções hospitalares. [...] Então o fungo está sendo [...] uma das maiores coinfeções do paciente com [...] covid grave.* (Igor Brandão)

A *Candida auris* é um fungo emergente já identificado em outros continentes e países da América Latina, mas até então nunca identificado no Brasil. Tem grande potencial para multirresistência aos antimicrobianos, e é capaz de causar uma infecção generalizada (fungemia) potencialmente mortal, principalmente em pacientes internados. (ALMEIDA JUNIOR et al., 2021b) Foi identificada pela primeira vez no país em dezembro de 2020, em amostras colhidas de pacientes hospitalizados num nosocômio de Salvador (BA), em um dos serviços onde atua o dr. Igor Brandão. Essa descoberta chama atenção para a importância das

medidas de prevenção de infecção, e a necessidade de vigilância dessa doença, em concordância com alerta da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desde 2017. (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017; ALMEIDA JUNIOR, 2021b)

## QUAL O FUTURO DA INFECTOLOGIA?

Conforme ressaltado nas páginas deste capítulo, a Infectologia é uma especialidade que passou por diversas fases ao longo da história.

*Há um novo ramo dentro da Infectologia que é o controle de infecções hospitalares, essa é uma vertente de trabalho grande, depois a vigilância antimicrobiana, que é uma coisa que aparentemente é a mesma coisa que controle de infecção hospitalar, mas há várias particularidades. [...] O médico que caminha por essa área da vigilância antimicrobiana, ele tem que ter um conhecimento de biologia muito grande, de epidemiologia, não só de clínica. [...] Além do aparecimento de sucessivas doenças. [...] E cada vez mais o ser humano vai criar situações de alteração do meio ambiente que favorecem a doença. Então acho que é uma especialidade [Infectologia] que vai ser sempre muito necessária no futuro. (José Tavares-Neto)*

O que o futuro guarda para essa especialidade? Novas pandemias, a extinção de doenças infectoparasitárias, a cura do HIV? Não sabemos, contudo, ressaltamos que enquanto houver vida microscópica e seres humanos, a Infectologia terá lugar garantido na história.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Comunicado de risco nº 01/2017 – GVIMS/GGTES/ANVISA*. Relatos de surtos de *Candida auris* em serviços de saúde da América Latina. Brasília, DF: ANVISA, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos*. Brasília, DF: ANVISA, 2009.

AGUIAR, A. A. de. *Avaliação da microbiota bucal em pacientes sob uso crônico de penicilina e benzatina*. 2009. Tese (Doutorado em Cardiologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ALMEIDA JUNIOR, J. N. de *et al.* Axillary Digital Thermometers uplifted a multidrug-susceptible *Candida auris* outbreak among COVID-19 patients in Brazil. *Mycoses*, Oxford, v. 64, n. 9, p. 1-11, Sept. 2021a.

ALMEIDA JUNIOR, J. N. de *et al.* Emergence of *Candida auris* in Brazil in a COVID-19 Intensive Care Unit. *Journal of Fungi*, Basel, v. 7, n. 3, p. 1-6, 2021b.

ALTAMIRANO-ENCISO, A. J. *et al.* On the origin and spread of cutaneous and mucosal leishmaniasis, based on pre- and post-Colombian historical sources. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 853-882, Sept./Dec. 2003.

ANCYLOSTOMA duodenale. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 2, n. 31, p. 84, out. 1867. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/34/28>. Acesso em: 11 jul. 2021.

ANCYLOSTOMA duodenale. Chlorose do Egipto – Hypoemia Intertropical. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 9, n. 1, p. 21-31, 1877. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/162/153>. Acesso em: 21 jul. 2021.

ATAMAN A. D.; VATANOĞLU-LUTZ, E. E.; YILDIRIM, G. Medicine in stamps-Ignaz Semmelweis and Puerperal Fever. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, İstanbul, v. 14, n. 1, p. 35-39, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5152/jtgga.2013.08>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BADARÓ, R. Current situation in regard to leishmaniasis in Brazil: research on control strategies for the leishmaniasis. In: INTERNATIONAL WORKSHOP ON RESEARCH ON CONTROL STRATEGIES FOR THE LEISHMANIASSES, 1987, Ottawa. *Proceedings [...]*. Ottawa: IDRC, 1988a. p. 91-100.

BADARÓ, R. Editorial: progressos nas pesquisas de leishmaniose visceral na área endêmica de Jacobina – Bahia 1934-1989. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 21, n. 4, p. 159-164, out./dez. 1988b.

BADARÓ, R. *et al.* A prospective study of Visceral Leishmaniasis in an endemic area of Brazil. *The Journal of Infectious Diseases*, Oxford, v. 15, n. 4, p. 639-649, Oct. 1986.

BARBOSA, H. S. *Linfomas e leucemias associados à infecção pelo HTLV-I no Estado da Bahia*. 1997. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

BARRAL, A. *Caracterização fenotípica e genotípica de cepas de Leishmania isoladas das diversas formas clínicas da leishmaniose humana no Estado da Bahia*. 1988. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988.

BATISTA, R. E. A. *Infecção relacionada à Assistência à Saúde – IrAS: Legislação e Criação de um Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar. Módulo 1*. Brasília, DF: ANVISA, 2004.

BENCHIMOL, J. L.; SÁ, M. R. (org.). *Adolpho Lutz: helmintologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. v. 3. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sqn87/pdf/benchimol-9788575412312-11.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BHATIA, A. *et al.* Cloning, characterization and serological evaluation of K9 and K26: two related hydrophilic antigens of Leishmania chagasi. *Molecular and Biochemical Parasitology*, [s. l.], v. 102, n. 2, p. 249-261, Aug. 1999.

- BITTENCOURT, A. C. L.; FARRÉ, L. Leucemia/linfoma de células T do adulto. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, p. 351-359, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962008000400011>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- BITTENCOURT, A. C. L.; OLIVEIRA, M. de F. Dermatite infecciosa associada ao HTLV-I (DIH) infante-juvenil e do adulto. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 3, p. S364-S369, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/wm99yqZ5qTJNyXxhVVHCJDS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- BRAZIL, T. K.; SOEIRO, M. S.; SILVA, R. M. L. *Otto Edwar Heinrich Wucherer*. [2013?]. Projeto Heróis da Saúde na Bahia. Disponível em: <http://www.bahiana.edu.br/herois/heroi.aspx?id=MQ>. Acesso em: 21 set. 2021.
- CAMPOS FILHO, R. A peste, a gripe espanhola e a covid19 – geografizando as pandemias pelo mundo. *Élisée - Revista de Geografia da UEG*, Porangatu, v. 9, n. 1, p. e912014, jan./jun. 2020.
- CARRARO, T. E. Os postulados de Nightingale e Semmelweis: poder/vital e prevenção/contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 650-657, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400011>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- CARVALHO, J. S.; PRATA, A. Mieloma no calazar. *Arquivos Brasileiros de Medicina Naval*, Rio de Janeiro, n. 68, p. 65-84, 1961.
- CARVALHO, L. Ç. P. de *et al.* Nature and incidence of erythrocyte-bound IgG and some aspects of the physiopathogenesis of anaemia in American visceral leishmaniasis. *Clinical and Experimental Immunology*, [s. l.], v. 64, n. 3, p. 495-502, 1986.
- CHRONICA. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 5, n. 102, p. 87-88, out. 1871. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/81/75>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- COUTO, J. L. A. Sobre a pathogenia da Chyluria, a proposito da Monographia do sr. Dr. Martins Costa. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 9, n. 1, p. 6-19, jan. 1877. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/162/153>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- DOREA, R. D. *et al.* Reticuloperitonite traumática associada à esplenite e hepatite em bovino: relato de caso. *Veterinária e Zootecnia*, São Paulo, v. 18, n. 4, supl. 3, p. 199-202, 2011.
- ESTUDO aponta disseminação de infecção por HTLV na Bahia. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 17 jun. 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-disseminacao-de-infeccao-por-htlv-na-bahia>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- FALCÃO, E. C. *Pirajá da Silva: o incontestável descobridor do Schistosoma mansoni*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/piraja\\_silva\\_descobridor.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/piraja_silva_descobridor.pdf). Acesso em: 18 jul. 2021.

FLEMING, A. Keep it clean: the surprising 130-year history of handwashing. *The Guardian*, London, Mar. 2020. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/18/keep-it-clean-the-surprising-130-year-history-of-handwashing>. Acesso em: 10 jul. 2021.

FOCACCIA, R. História: no início representados pela Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, os infectologistas deram o pontapé inicial [...]. *Sociedade Brasileira de Infectologia*, São Paulo, [201-]. Disponível em: <https://infectologia.org.br/sobre-a-sbi/historia/>. Acesso em: 13 jul. 2021.

GALVÃO-CASTRO, B. *et al.* Distribution of human T-lymphotropic virus type I among blood donors: a nationwide Brazilian study. *Transfusion*, Boston, v. 37, n. 2, p. 242-243, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1537-2995.1997.37297203532.x>. Acesso em: 19 jul. 2021.

GURGEL, C. B. F. M.; CARNEIRO, F.; COUTINHO, E. Ciência no século XIX: a contribuição brasileira para a descoberta do agente etiológico da filaríose linfática. *Revista de Patologia Tropical*, Goiânia, v. 39, n. 4, p. 251-259, out./dez. 2010. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/63/o/2010\\_39\\_4\\_251-259.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/63/o/2010_39_4_251-259.pdf). Acesso em: 20 jul. 2021.

IMUNIZAÇÃO, uma descoberta da ciência que vem salvando vidas desde o século XVIII. *Instituto Butantan*, São Paulo, 10 jun. 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/imunizacao-uma-descoberta-da-ciencia-que-vem-salvando-vidas-desde-o-seculo-xviii>. Acesso em: 15 jul. 2021.

INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS. *História*. Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, c2017. Disponível em: <https://www.emilioribas.org/historia>. Acesso em: 22 jul. 2021.

INSTITUTO GONÇALO MONIZ. Histórico. *Instituto Gonçalo Moniz – Fiocruz*, Salvador, c2008. Histórico. Disponível em: <https://www.bahia.fiocruz.br/cpqgm/historico/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

JACOBINA, R. R.; CHAVES, L.; BARROS, R. A “Escola Tropicalista” e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 86-93, 2008. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/971/950>. Acesso em: 21 jul. 2021.

JENNER, E. On the Origin of the Vaccine Inoculation. *The Medical and physical journal*, London, v. 5, n. 28, p. 505-508, June 1801. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5598692/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

KARAMANOU, M. *et al.* From miasmas to germs: a historical approach to theories of infectious disease transmission. *Le infezioni in medicina*, Salerno, v. 20, n. 1. p. 58-62, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22475662>. Acesso em: 10 jul. 2021.



LIMA, S. Nova phase na questão da natureza verminosa da Chyluria, descoberta do representante adulto da filaria de Wucherer. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 9, n. 9, p. 387-396, jan. 1877. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/169/160>. Acesso em: 21 jul. 2021.

LORENZO, M. F. Hospital Couto Maia: uma memória histórica (1853-1936). *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, supl. 1, p. 90-107, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/15968>. Acesso em: 21 jul. 2021.

LOUDON, I. Ignaz Phillip Semmelweis' studies of death in childbirth. *Journal of the Royal Society of Medicine*, London, v. 106, n. 11, p. 461-463, nov. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0141076813507844>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MARCOLIN, N. Respostas ao tempo: há 130 anos era criado o Lazareto dos Variolosos, atual Instituto de Infectologia Emílio Ribas. *Pesquisa FAPESP*, São Paulo, n. 176, p. 10-11, out. 2010. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2012/06/010-011-176.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MASTROMAURO, G. C. *Urbanismo e salubridade na São Paulo Imperial: o Hospital de isolamento e o Cemitério do Araçá*. 2008. Dissertação (Mestrado em Urbanismo) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008. Disponível em: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/68>. Acesso em: 22 jul. 2021.

MENDONÇA, J. S. de; BADARÓ, R.; SOUSA, A. Q. Brazilian Society of Infectious Diseases: 25 years! *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, Salvador, v. 9, n. 1, p. 1-2, fev. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-86702005000100001>. Acesso em: 16 jul. 2021.

MORAES, E. Leishmaniose Tegumentar na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, n. 48, p. 123-137, jul. 1916. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/885/867>. Acesso em: 11 jul. 2021.

MOURA, J. R. de. Da hypoemia intertropical considerada como moléstia verminosa. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 4, n. 86, p. 157-159, fev. 1870. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/73/67>. Acesso em: 15 jul. 2021.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. *COVID-19*. Bethesda, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=covid-19>. Acesso em: 28 jul. 2021.

NOSSA capa: Alexander Fleming e a descoberta da penicilina. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1676-24442009000500001>. Acesso em: 15 jul. 2021.

PAES, A. A. G. S. *Ancilostomíase: quatro casos clínicos*. 1921. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Porto, Porto, 1921. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17634/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

PEARL, J. G. *The Tropicalista School of Medicine of Bahia, 1860-1889*. Columbia: UMI, 1990.

PENNA, H. A. Leishmaniose visceral no Brasil. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano 48, n. 46, p. 949-930, nov. 1934.

PESQUISADOR da Fiocruz Bahia recebe Prêmio Roberto Santos de Mérito Científico. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 14 set. 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisador-da-fiocruz-bahia-recebe-premio-roberto-santos-de-merito-cientifico>. Acesso em: 2 set. 2021.

PESSOA; S. B.; SILVA, L. H. P.; FIGUEIREDO, J. Calazar endêmico em Jacobina (Estado da Bahia). *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 245-250, 1955.

PRATA, A. Comemoração do centenário da descoberta do *Schistosoma mansoni* no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 41, n. 6, p. 689-691, nov./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/w7wnzCLQxxwnHhd66bcvjvR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

PRATA, A. *Estudo clínico e laboratorial do Calazar*. 1957. Tese (Concurso de livre docência) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1957.

RESISTÊNCIA antimicrobiana. OPAS, Brasília, DF, [201-]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/resistencia-antimicrobiana>. Acesso em: 27 jul. 2021.

RIBEIRO, A. F. *et al.* A varíola em São Paulo (SP, Brasil): histórico das internações no Instituto de Infectologia Emílio Ribas entre 1898 e 1970. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 423-432, 30 jul. 2011. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n2/423-432/pt>. Acesso em: 7 jul. 2021.

SESAB. *Boletim epidemiológico COVID-19 nº 463/30/06/2021*. Salvador: SESAB, 2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/boletins-diarios-covid-19/>. Acesso em: 22 jul. 2021.

SHERLOCK, I. R. A. Observações sobre calazar em Jacobina, Bahia. I: histórico e dados preliminares. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 523-534, 1969.

SHERLOCK, I. R. A.; ALMEIDA, S. R. Observações sobre calazar em Jacobina, Bahia. II: Leishmaniose canina. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 535-539, 1969.

SHERLOCK, I. R. A.; ALMEIDA, S. R. Observações sobre calazar em Jacobina, Bahia. V: resultados de medidas profiláticas. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 175-181, 1970.

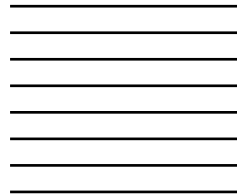
SHERLOCK, I. R. A.; GUITTON, N. Observações sobre calazar em Jacobina, Bahia. III: alguns dados sobre o *Phlebotomus longipalpis*, o principal transmissor. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 541-548, 1969a.

- SHERLOCK, I. A.; GUITTON, N. Observações sobre calazar em Jacobina, Bahia. IV: variação horária e estacionai do *Phlebotomus longipalpis*. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 715-727, 1969b.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. *Sobre a SBI*. São Paulo, c2020. Disponível em: <https://infectologia.org.br/sobre-a-sbi/>. Acesso em: 30 jul. 2021.
- TAVARES, W. *Antibióticos e quimioterápicos para o clínico*. 3. ed. rev. atual. São Paulo: Atheneu, 2014.
- TEIXEIRA, L. A.; ALMEIDA, M. de. Os primórdios da vacina antivariólica em São Paulo: uma história pouco conhecida. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 475-498, mar. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000500003>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- TEIXEIRA, R. *Experiências vividas com a leishmaniose visceral 1954-1980: aspectos epidemiológicos, sorológicos e evolutivos*. 1980. Tese (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1980.
- TEIXEIRA, R. dos S. Reflexões sobre a origem e a evolução das doenças infecciosas e parasitárias no estado da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, p. 158-181, jul./dez. 2007. Disponível em: [http://www.gmbahia.ufba.br/adm/arquivos/artigo10\\_20072.pdf](http://www.gmbahia.ufba.br/adm/arquivos/artigo10_20072.pdf). Acesso em: 21 jul. 2021.
- VARELA, A.; VELLOSO, V. P. Escola Tropicalista Baiana. In: DICIONÁRIO histórico-biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, [201-]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/esctroba.htm>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- WALTON, M.; MURRAY, E.; CHRISTIAN, M. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *European Heart Journal – Acute Cardiovascular Care*, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 241-247, Apr. 2020.
- WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on Covid-19 – 11 March 2020. *World Health Organization*, Genebra, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>. Acesso em: 27 jul. 2021.
- WUCHERER, O. Notícia preliminar sobre vermes de uma espécie ainda não descrita, encontrados na urina de doentes de hematuria intertropical no Brazil. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 3, n. 57, p. 97-99, dez. 1868. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/48/42>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- WUCHERER, O. Sobre a moléstia vulgarmente denominada opilação ou cansaço. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 1, n. 4, p. 39-41, ago. 1866a. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/24/18>. Acesso em: 10 jul. 2021.

WUCHERER, O. Sobre a moléstia vulgarmente denominada opilação ou cansaço: descrição do *anchylostomum duodenale*. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 1, n. 6, p. 63-64, set. 1866b.

WUCHERER, O. Sobre o *Anchylostomum duodenale* ou *Strongylus duodenalis dubini*. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 3, n. 63, p. 170-171, mar. 1869. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/50/44>. Acesso em: 10 jul. 2021.





## 6

# HISTÓRIA DA IMUNOLOGIA: CIÊNCIA CRUCIAL FRENTE À NECESSIDADE DE ESTUDAR E FORTALECER A DEFESA DO ORGANISMO

*Yanna Maria Carneiro de Afonso*

*Ana Helena Silva Ferreira*

*Carla Beatriz Souza de Oliveira*

*Lafaiete Ferreira Costa*

*Balbino Lino dos Santos*

*Robson da Silva Avelino*

*Joanemile Pacheco de Figueiredo*

## INTRODUÇÃO

A Imunologia é ciência de grande relevância dentro da área da saúde, sendo responsável pelo estudo do sistema imunológico e suas funções, analisando processos

relativos à defesa do organismo contra agentes estranhos (antígenos). Através da Imunologia é possível acompanhar pacientes com doenças autoimunes, oncológicas, alérgicas e com erros inatos da imunidade, dentre outras. Ao longo deste capítulo, vamos discutir sobre a história da Imunologia, trazendo os grandes avanços desta especialidade médica no mundo, bem como, no Brasil e na Bahia. Com base em pesquisas bibliográficas e entrevistas realizadas com pesquisadores baianos, foi possível apresentar os principais estudiosos da história da Imunologia e suas descobertas, sobretudo, a da vacina. Além disso, discutiu-se a importância da Imunologia para a saúde pública, principalmente no decorrer de uma pandemia. Por fim, será exposto o cenário sobre o futuro da Imunologia e seus avanços, perpassando por descobertas de tratamentos para doenças que ainda não têm terapia ou nas quais esta ainda é ineficiente.

## **POR QUE CONTAR ESTA HISTÓRIA?**

Na Bahia do século XIX se estabeleceu um agrupamento de médicos que seria posteriormente chamado de Escola Tropicalista Baiana. Estes profissionais dedicaram-se à pesquisa de doenças tropicais que acometiam principalmente a população mais pobre do país. Em entrevista acerca da história da Imunologia no Brasil e na Bahia, os professores Aldina Barral e Manoel Barral-Netto apontam que, historicamente, a Imunologia brasileira atua predominantemente nas áreas de Medicina Tropical e Parasitologia. Estes fatos nos levam à relevância da história da Imunologia no estado da Bahia, que possui forte tradição nas pesquisas de doenças tropicais desde a Escola Tropicalista.

Desta forma, a Imunologia se apresenta como ferramenta de estudo transdisciplinar, apresentando contribuições em diversos ramos do conhecimento médico além da Medicina Tropical, como nos ramos da Patologia, Cirurgia, Neurociência, Oncologia, entre outras. Na atualidade, a Imunologia, também se constitui como campo de prática clínica própria, atuando em favor dos pacientes com doenças autoimunes, imunodeficiências, doenças alérgicas e oncológicas, por exemplo.

Os avanços no desenvolvimento e disponibilização de imunizantes (vacinas), imunobiológicos e imunoterápicos são também frutos do desenvolvimento da Imunologia. No laboratório, diversos processos se baseiam em princípios da Imunologia, e a cada dia aumenta o número de processos diagnósticos envolvidos na identificação de antígenos específicos.

Portanto, a Imunologia é ciência de grandes contribuições no passado, como a descoberta da vacina da varíola por Edward Jenner no final do Século XVIII e a tradição da Medicina Tropical, além de ser ciência do presente, cada vez mais explicando processos patológicos em diversos ramos da Medicina, constituindo também

um sólido ramo da prática clínica médica. Ao mesmo tempo, ainda se apresenta como ciência do futuro, exemplificada nas palavras da professora Joanemile P. de Figueiredo, em entrevista sobre a história da Imunologia, que nos diz que em todo processo patológico podemos identificar algum processo imunológico relacionado e naqueles que este fato ainda não foi observado, certamente ainda será descoberto.

## IMUNOLOGIA NO MUNDO

O termo latino *immunis* tem uso bastante antigo, sendo utilizado para se referir a pessoas consideradas livres, dispensadas de deveres e obrigações. Com o passar dos anos, esta denominação passou a ser utilizada para designar pessoas que não eram mais acometidas por algum agente infeccioso, e assim passavam a ser “livres” dos ataques destes microrganismos, tornando-se imunes a futuras exposições.

O estudo da Imunologia ainda é muito recente, sendo desenvolvida como ciência somente no final do século XX. Mas isso não quer dizer que não havia o interesse em saber sobre as doenças que afligiam as populações desde a formação das sociedades. Apesar de ainda terem visões e conhecimentos bem primitivos, os povos antigos tiveram enorme contribuição nas descobertas no campo da Imunologia. A estas contribuições é possível destacar a teoria miasmática, a qual explicava como as doenças eram transmitidas, além das descobertas de Louis Pasteur, que revolucionaram os métodos de prevenção de enfermidades. Porém, o que precisa ficar claro é que nem sempre houve abordagem racional acerca do processo de adoecimento, o que pode ser evidenciado a partir da visão mágico-religiosa que perdurou por muitos anos nas sociedades mais antigas, as quais acreditavam que as doenças eram maldições em consequência dos pecados cometidos pelas pessoas. Os antigos hebreus, por exemplo, compreendiam a doença como sinal da cólera divina originada dos pecados humanos e somente Deus era capaz de perdoá-los através da cura. Mas para entender de fato o nascimento da Imunologia enquanto ciência, é preciso compreender alguns acontecimentos ao decorrer da história.

Um dos relatos mais antigos que se aproximam da ideia que temos hoje sobre Imunologia e que contribuiu ainda com registros, foi o do general ateniense Tucídides que, por ter participado da guerra de Peloponeso, assistiu de perto a morte de milhares de pessoas devido à doença que ele chamou de “peste”, em 430 a.C. Apesar desta tragédia, Tucídides e a população da época fizeram análises interessantes sobre a manifestação da doença em alguns indivíduos. Uma destas análises é que haviam pessoas “resistentes”, vistas como a salvação, as quais ao se recuperarem da doença, não eram reinfectados. Foi a partir desta observação que Tucídides fez um registro empregando pela primeira vez o uso da palavra “imune” ao relatar:



Eram os sobreviventes que com mais frequência se apiedavam dos moribundos e doentes, pois conheciam a doença por experiência própria e a essa altura estavam confiantes na imunidade, pois o mal nunca atacava a mesma pessoa duas vezes, pelo menos com efeitos fatais. Eles não somente eram felicitados por todas as pessoas como, no entusiasmo de sua alegria naquelas circunstâncias, alimentavam a esperança frívola de que pelo resto de suas vidas não seriam atingidos por quaisquer outras doenças. (TUCÍDIDES, 2001, p. 117)

Algumas décadas depois, começaram a surgir outras descrições de dedução em relação à imunidade, no intuito de prevenir infecções e formas mais graves das doenças que atingiam os seres humanos. E especialmente isto ocorreu devido a disseminação da varíola pelo mundo, doença extremamente contagiosa e que causou a morte de milhares de pessoas por todo o mundo durante anos. Com o propósito de controlar e erradicar a epidemia da varíola, médicos e pesquisadores da época desenvolveram um método que ficou conhecido como “variolização”. (OLIVEIRA; KANASHIRO, 2010) Esta técnica era realizada principalmente pelos chineses, a qual consistia em inocular o vírus da varíola de pessoas que foram contaminadas e que não morreram pela infecção, em pessoas saudáveis para que estas adquirissem a forma menos agressiva da doença. Mas, como inocular materiais das pústulas das pessoas já não fosse o suficiente para acharmos essa prática extremamente inacreditável hoje em dia, ela ainda era feita de maneira bem intrigante: em alguns lugares, o vírus era inalado ou soprado nas narinas com um tubo de prata, e já em outros se faziam pequenas incisões na pele das pessoas saudáveis. E funcionou. Houve enorme diminuição na mortalidade na época. Apesar de ser visto hoje como algo antiético, este procedimento foi um salto para o desenvolvimento de práticas preventivas, pois visava induzir o sistema imunológico a criar resistência contra o vírus, já que como foi citado anteriormente, as pessoas que entravam em contato pela segunda vez com o vírus, não apresentavam mais sintomas.

Anos mais tarde, Edward Jenner, médico inglês, proporcionou um grande salto nas pesquisas sobre a Imunologia no final do século XVIII. Naquele período, Jenner atendia em zonas rurais da Inglaterra e observou que aquelas pessoas que contraíram a varíola oriunda dos bois (varíola bovina) se tornavam resistentes à varíola acometida pelos humanos. Foi com base nestas observações que o médico inglês realizou um experimento inoculando a varíola bovina e posteriormente a varíola humana em um garoto de oito anos para provar sua hipótese. Dito e feito. O menino, que muitos supunham que fosse seu filho, não manifestou nenhum sintoma adverso que pudesse contestar que o mesmo tivesse adoecido pelo vírus.

Embora pareça claro para nós nos dias de hoje, naquela época os médicos não sabiam que as doenças, principalmente as infecciosas, eram provocadas por

microrganismos. Mas como depois de todos esses métodos desenvolvidos, ainda seria possível não saberem o que causavam as doenças? É simples. Lembra que no início deste capítulo foi dito que as pessoas atribuíam as doenças como consequências de seus pecados? Pois bem, algumas pessoas acreditavam que outras já nasciam destinadas a desenvolverem determinada doença. Porém, em paralelo, Thomas Fuller formulou uma teoria de que as pessoas nasciam com algumas “sementes” que indicariam cada doença que a pessoa desenvolveria, considerando desta forma que haveria uma semente diferente para cada doença. (OLIVEIRA; KANASHIRO, 2010) O interessante a ser considerado é que esta observação de Fuller se aproxima do que conhecemos hoje como o agente etiológico, ou seja, o agente causador da doença. Mas apenas cerca de 100 anos depois da teoria de Fuller que a teoria microbiana foi descoberta por Louis Pasteur, Robert Koch e outros cientistas. Esta descoberta foi crucial para que estes e outros cientistas pudessem estudar e descobrir diversos outros mecanismos que estavam ligados ao sistema imunológico e, a partir de então, prevenir e tratar doenças. As vacinas, por exemplo, foram uma destas descobertas.

Com base na teoria microbiana, que cada doença era causada por um agente específico, Pasteur começou a realizar diversos experimentos cultivando determinados agentes e passou a inoculá-los em animais. Basicamente, Pasteur observou que as culturas bacterianas envelhecidas não possuíam mais a capacidade de causar doenças e matar os animais pois, ao inocular a cultura de bactérias “velha” em algumas galinhas, estas adoeciam, mas não morriam. Em seguida, ao preparar nova cultura e inocular nas galinhas, percebeu que elas não adoeciam novamente. Assim, o uso do patógeno atenuado serviu para diminuir a virulência de determinado agente, conferindo proteção do corpo contra a doença causada por esse agente. Deste modo, Pasteur associou esse mecanismo com a “variolização” desenvolvida por Jenner rapidamente, atribuindo o nome do princípio das bactérias atenuadas de vacina.

Os desenvolvimentos de vacinas e descobertas citadas até aqui foram cruciais para o nascimento da Imunologia no final do século XIX enquanto ciência. Além disso, serviram como base para iniciar o estudo de duas grandes descobertas na área que buscavam explicar os mecanismos do sistema imunológico com maior propriedade. A primeira delas foi o estudo de Elias Metchnikoff, no qual explicou que ao longo do tempo, o organismo evoluiu e passou a ter em sua composição células fagocíticas, elemento fundamental para a primeira resposta imunológica do corpo, teoria essa que passou a ser conhecida como teoria da imunidade celular, caracterizando a chamada imunidade inata. Mas o que essas células faziam exatamente? A fagocitose é a ação de digestão e destruição de agentes patogênicos realizada pelos fagócitos, tendo papel importante na defesa do organismo.

Já o segundo estudo fundamental para o progresso da Imunologia, foi o trabalho de Emil Behring e Paul Ehrlich sobre imunidade humoral, os quais realizaram estudos sobre anticorpos capazes de neutralizar toxinas microbianas, compreendendo a base para o desenvolvimento do estudo da imunidade chamada adquirida. (OLIVEIRA; KANASHIRO, 2010) De forma mais clara, esta teoria fazia referência ao soro, fundamental para garantir proteção de organismos vacinados, ou já infectados. Mas isto só foi possível ser constatado após Emile Roux e Alexandre Yersin observarem que os sintomas característicos da difteria poderiam ser encontrados também em animais com a inserção de toxinas produzidas pelas bactérias causadoras da doença. Em 1890, Emil von Behring e Shibasaburo Kitasato compreenderam que nas vacinas com as toxinas diftéricas e com toxina tetânica inativada havia uma substância que neutralizava as toxinas responsáveis pela doença difteria. (OLIVEIRA; KANASHIRO, 2010) Sendo assim, o soro do animal vacinado protegeria o próprio animal, e até mesmo um animal que recebesse o soro do organismo já vacinado.

É importante salientar que, anos mais tarde, a substância utilizada para neutralizar as toxinas passou a ser chamada de anticorpo, tendo como antígeno o nome dado para o composto estranho ao organismo, como as toxinas, capazes de estimular a produção de anticorpos. Os experimentos até aqui descritos tiveram extrema importância para o avanço da Imunologia, principalmente após os estudos da Imunologia Humoral, crucial para que, anos depois, Paul Ehrlich propusesse a ideia da existência do sistema complemento, o principal intercessor da Imunologia Humoral no combate à infecção.

Deste modo, a busca pelo conhecimento da Imunologia sempre estará em processo de desenvolvimento, pois a todo momento procura-se entender e, com isso, manipular os mecanismos de defesa do organismo para criar estratégias para a manutenção da saúde, fazendo dela uma ciência experimental.

## **IMUNOLOGIA NO BRASIL**

A história da Imunologia no Brasil é marcada por grandes nomes responsáveis por contribuições na pesquisa, no ensino e na clínica. Um deles, que representa os primeiros passos para este desenvolvimento, é Vital Brazil (1865-1950), médico imunologista e sanitarista; seus estudos e descobertas que datam do final do século XIX e início do século XX, são valorizados até os dias atuais. Estudou sobre serpentes, venenos e efeitos no organismo, já que o envenenamento era um problema recorrente na época. Diferente de muitos pesquisadores que estavam à procura de um único remédio para combater todos os tipos de envenenamento, percebeu que deveria tratar cada tipo de serpente e seus respectivos venenos com

especificidade, desenvolvendo assim, os soros antiofídicos contra os venenos de serpentes brasileiras. (SANT'ANNA, 2014)

Por isso, Vital Brazil é considerado o pioneiro no estudo dos aspectos da Imunologia no país, pautando a necessidade de um agente para combater e neutralizar toxinas presentes nos venenos de forma singular – a relação antígeno-anticorpo, gerando resposta imunológica que fosse apropriada para cada caso. Um feito tão essencial que, na atualidade, o seu estudo e descobertas acerca dos soros antiofídicos são considerados no meio científico exemplo verdadeiro de paixão pela Imunologia, a qual destinou uma vida de muita dedicação que, por consequência, salvou inúmeras pessoas.

Só em 1941, a Imunologia brasileira contou com o seu primeiro livro: *Bacteriologia e Imunologia – Em Suas Aplicações à Medicina e à Higiene*, escrito pelo professor Otto Bier (1906-1985), um médico imunologista no qual desenvolveu o livro educativo contendo 19 edições, todas retificadas por ele, sendo destinado à aprendizagem dos estudantes com conhecimentos teóricos e exemplos práticos.

Ao longo da carreira, Otto dedicou-se à pesquisa científica, à docência – contribuindo para a formação de imunologistas importantes, como Paulo Lacerda, Maria Brazil Esteves, Maria Siqueira, Reynaldo Furlanetto e Evaldo Trapp. Além disso, participou da fundação da Escola Paulista de Medicina – hoje, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – tendo trabalhos em institutos e laboratórios no âmbito nacional e internacional.

Historicamente, no Brasil, a produção científica em Imunologia se iniciou nos Institutos Adolfo Lutz, Butantan, Biológico e Oswaldo Cruz, predominantemente em São Paulo e Rio de Janeiro, quando a pesquisa e experimentação nas universidades ainda eram tímidas, portanto, importantes centro de geração de conhecimento. Atualmente, além dos institutos, é possível encontrar outras relevantes referências do estudo da Imunologia, essencialmente na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade de Brasília (UNB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal do Paraná (UFPR), Escola Paulista de Magistratura (EPM), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Unifesp, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, com significativas contribuições na imunopatologia, imunovirologia, alergia, imunoparasitologia, imunogenética, imunoquímica, inflamação e transplantação.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), existem 1.601 médicos titulados em Alergia e Imunologia no Brasil, sendo a atuação desses profissionais concentrada na Região Sudeste do país. A Imunologia apresenta um mercado de trabalho bem abrangente, podendo o profissional médico tra-

balhar com atendimento a adultos e crianças. Assim como as demais áreas da carreira médica, apresenta bom retorno financeiro. Na Imunologia tem-se como predominante o atendimento ambulatorial, contudo, vem crescendo o número de imunologistas que atuam em laboratórios e em centros de pesquisa. A Imunologia tornou-se abrangente e multidisciplinar, tem uma parceria com outras áreas do conhecimento, e vem gerando híbridos conhecimentos como Imunoquímica, Imunoparasitologia e Imunogenética. (SCHEFFER et al., 2018)

Os estudos brasileiros na área da Imunologia estão concentrados em Medicina Tropical e Parasitologia principalmente. Analisando as publicações no início dos anos 2000, foi possível perceber que a Medicina Tropical, a Parasitologia e a Medicina Investigativa predominam largamente nestes estudos. Contudo, ao longo dos anos, foi possível analisar número crescente de estudos em áreas antes pouco atendidas como a Biologia Molecular, a Biologia Celular e a Veterinária.

A Sociedade Brasileira de Imunologia (SBI) representa a comunidade de imunologistas brasileiros. É sediada no Instituto de Ciências Biomédicas (ICB III) da Universidade de São Paulo (USP) e tem como objetivo principal, difundir a pesquisa e o ensino em Imunologia no Brasil. A SBI possui atualmente 577 sócios ativos, e mais de 1.500 correspondentes eletrônicos. A primeira reunião da sociedade ocorreu em dezembro de 1973, na sede da Academia Brasileira de Ciências, no centro do Rio de Janeiro. A sua primeira diretoria era composta por: Otto Bier, Humberto Rangel, Antônio Oliveira Lima, Ivan Motta, Wilmar Dias da Silva, Nelson Monteiro Vaz, Benedito de Oliveira, e Maria Siqueira. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNOLOGIA, c2021)

Com quase 50 anos de atividade, a SBI participa ativamente no crescimento da Imunologia no Brasil através de diversas atividades, principalmente com a atuação de suas regionais, onde realizam um trabalho de divulgação e fomento da imunologia em áreas em que a pesquisa é menos desenvolvida. A SBI é sede para grandes debates e importante meio de informação, promove durante todo o ano palestras, simpósios, *workshops*, e principalmente congressos, com exposições de pesquisas inéditas no Brasil e no exterior.

Ao longo dos anos foi possível perceber o grande crescimento da Imunologia brasileira. A partir de 1981, apesar de ser pequena em quantidade, as pesquisas brasileiras em Imunologia representavam enorme qualidade. É também importante destacar que a Imunologia contribui com 12,4% de todos os cientistas brasileiros mais citados, em todas as áreas. A Imunologia corresponde a mais de 10% de toda produção da área biomédica, e suas produções estão concentradas em grande parte – cerca de 85 % – nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia.

Já a Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI) é fruto da união de duas sociedades científicas pioneiras no estudo de doenças alérgicas

e imunológicas – Sociedade Brasileira de Alergia (RJ) e Sociedade de Investigação em Alergia e Imunologia (SP). A Sociedade Brasileira de Alergia foi fundada no Rio de Janeiro em 3 de dezembro de 1946 e tem dr. João Machado com um dos sócios fundadores, mantendo-se ainda referência no atendimento a pacientes portadores de doenças alérgicas em Salvador.

Ao longo de mais de quatro décadas, a ASBAI foi crescendo e expandido a sua atuação em todo o Brasil, contando atualmente com 21 regionais e cerca de 2 mil associados, com sede nacional na cidade de São Paulo. Com o objetivo de ampliar a participação junto à comunidade, a ASBAI criou o Dia Nacional da Alergia em 1999 e em alinhamento com a agenda internacional (WAO) se comemora a Semana da Alergia (*World Allergy Week*), na segunda semana de abril, com foco, em um tema específico a cada ano desde 2005.

Em abril de 2013, a ASBAI instituiu a Semana de Imunodeficiências Primárias (IDP), realizada na última semana de abril, incluindo evento científico para médicos especialistas e evento para a comunidade na sede nacional da ASBAI. Em 2016, as atividades desta semana foram ampliadas e realizadas por outras regionais da ASBAI, com o objetivo de atingir também médicos de outras especialidades que atendem pacientes com imunodeficiências, a fim de promover o diagnóstico e tratamento precoce das IDP. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA, c2021)

## **IMUNOLOGIA NA BAHIA**

Um marco fundamental para implantação e evolução da Imunologia na Bahia, foi a criação do Instituto Gonçalo Moniz (IGM), também conhecido como Fiocruz-Bahia. A partir de esforços dos governos federal e estadual, no dia 3 de abril de 1950, a Lei Estadual nº 262 cria a Fundação Gonçalo Moniz, sediada inicialmente no bairro do Canela, na cidade de Salvador. A instituição nasceu com o principal objetivo de promover e desenvolver os serviços voltados à saúde pública, com foco na realização de exames laboratoriais e produção de vacinas e soros demandados pelo Estado. Além disso, a fundação tinha como objetivos promover a formação qualificada de recursos humanos voltada ao enfrentamento dos problemas de saúde pública na Bahia, bem como ao desenvolvimento de pesquisas e firmamento de parcerias com as universidades públicas presentes no estado da Bahia.

No ano de 1970, a fundação passa a ser Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz (CPqGM), se tornando nos anos seguintes, uma importante unidade de formação técnica e científica, bem como uma das principais unidades de pesquisa na Bahia. A criação de cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) voltados ao estudo de doenças infecciosas e parasitárias tem possibilitado os avanços em pesquisa e

em formação científico-acadêmicas, preparando profissionais para atuarem nas universidades e em outros centros de pesquisa no estado e no país.

A pesquisa na área de Imunologia na Bahia teve início com o empenho do professor da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Zilton Andrade, através de seus estudos sobre as doenças tropicais e imunopatologia. (BARRAL; BARRAL-NETO, 2007) Falecido em julho de 2020, o professor Zilton Andrade dedicou sua vida ao ensino e à pesquisa na Medicina, fundou a Residência Médica em Patologia, o mestrado e o doutorado em Patologia na FMB-UFBA. Durante muitos anos foi diretor do IGM da Fiocruz-Bahia. Além disso, foi o primeiro conferencista brasileiro na primeira reunião da Sociedade Brasileira de Imunologia. Outro momento que liga a vida acadêmica do professor Zilton e a Imunologia é a criação da disciplina de Imunologia na FMB, no Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal, no ano de 1978 sob a sua coordenação. O professor Zilton Andrade deixa seu legado por meio de 277 artigos publicados e inúmeros alunos inspirados.

Uma figura também importante na construção histórica da imunologia médica na Bahia é o dr. Edgar Marcelino de Carvalho Filho. Formado médico em 1973, mestre em Medicina e Saúde pela UFBA e especialista em Reumatologia e Imunologia pela Universidade da Virgínia em 1991, nos Estados Unidos, seu desejo sempre foi voltar para a Bahia e implementar seus conhecimentos na sua terra de origem. Sem vínculos empregatícios e nem recursos para realizar pesquisas, recebeu o apoio do dr. Heonir Rocha, seu orientador no mestrado, que nos anos seguintes tornou-se reitor da UFBA entre 1998 e 2002.

Inicialmente, dr. Edgar desenvolveu suas pesquisas no laboratório do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), chefiado pelo dr. Heonir Rocha. Naquela ocasião, suas pesquisas eram voltadas para o estudo da população de células do sangue chamados linfócitos; precisou se acostumar a descer e subir escadas para que pudesse preparar e analisar o material em salas de andares diferentes; outra peregrinação foi para ter acesso ao equipamento para o estudo proliferação de linfócitos, que ficava na Maternidade Climério de Oliveira.

Doutor Edgar foi fundamental também para a criação do Laboratório de Imunologia do HUPES, em meados dos anos 1980, contando com apenas três pessoas para trabalharem nele, sendo: dr. Edgar e as farmacêuticas bioquímicas Olívia Barcelar e Gloria Orge, desenvolvendo estudos sobre a leishmaniose com o propósito de colaborar com o HUPES em atividades assistenciais aos pacientes. Já docente da UFBA, o dr. Edgar conseguiu apoio do National Institute of Health (NIH) para pesquisar e publicar seus estudos, mais tarde, através da Organização Mundial da Saúde (OMS), do governo federal e do governo da Bahia foi fornecido recursos para a construção do Laboratório de Imunologia do HUPES, tal como sonhava.

Aos poucos, outros pesquisadores como Roberto Badaró, Roberto Meyer, Manoel Barral-Netto e Aldina Barral foram se juntando ao processo e ampliando as funções do laboratório, que passou a ter em seu quadro, estudantes de Medicina, mestrandos e outros técnicos de nível superior.

## SERVIÇO DE IMUNOLOGIA HUPES/UFBA

Já em 1984, com a concepção do plano piloto do HUPES, o Laboratório de Pesquisa em Imunologia foi elevado para nível de Serviço de Imunologia (SIM), passando a desenvolver três pilares: pesquisa, ensino e assistência. Em 1985, vieram as primeiras filiações às corporações nacionais e internacionais de pesquisa, como a Fiocruz, do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo, Centro de Imunologia de Marselha na França e universidades americanas como a Universidade Cornell, que possibilitaram o treinamento de vários pesquisadores baianos em centros de excelência. Atualmente, o SIM participa de pesquisas em colaborações com pesquisadores de outros centros de excelência em pesquisa como dr. Sergio Costa, dr. Kenneth Gollob e dra. Walderez Dultra da UFMG, dra. Mary Wilson da Universidade de Iowa, dr. Marshall Glesby e dr. Warren Johnson da Universidade Cornell e dr. Phillip Scott e dra. Fernanda Novais da Universidade da Pennsylvania.

Em 1989, o SIM começou a ter reconhecimento internacional e a OMS ofereceu suporte aos projetos da instituição, garantindo o seu fortalecimento financeiro, aumento das instalações e do número de pesquisadores. Este apoio também ampliou pesquisas e permitiu o treinamento de vários pós-graduandos do SIM no exterior. Dois anos se passaram e, pela primeira vez, o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos abriu oportunidades de incentivo à pesquisa para não americanos. Naquele ano, o SIM foi reconhecido como um dos três centros do mundo especializado em Medicina Tropical, vindo a ser reconhecida posteriormente, pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, como Núcleo de Excelência.

A abordagem multidisciplinar do SIM vem contribuindo de modo notável para esclarecer, através de investigações importantes, aspectos da patogenia, diagnóstico e terapêutica de doenças tropicais e negligenciadas, além do atendimento clínico em que o SIM realizou ao longo dos anos, dentre vários procedimentos imunológicos para pacientes internados e acompanhados ambulatorialmente no HUPES.

Estas importantes contribuições, fruto não somente da excelência técnica, mas do ambiente de companheirismo, amizade, respeito às individualidades e da cooperação constante dos membros da equipe, trouxeram várias premiações e reconhecimento pelo trabalho realizado para seus integrantes e para os alunos de pós-graduação do SIM.



Além disso, dentre os ambulatórios do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES), o ambulatório do SIM foi um dos primeiros a prestar assistência a pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em Salvador. Nesta fase, enfrentavam-se grandes dificuldades no acompanhamento destes pacientes e foi feito um trabalho para reduzir o medo e o preconceito que existiam contra a doença por parte dos próprios médicos que dificultavam internamentos, biópsias e realização de exames laboratoriais. Ainda, nas regiões com maior frequência de casos de leishmaniose e esquistossomose acompanhadas pelos pesquisadores do SIM, foram realizadas atividades de pesquisa, prestadas assistência médica à população e atividades educacionais por meio do projeto de extensão da UFBA chamado Atividade Curricular em Comunidade, em que os alunos desenvolviam “feiras da saúde” pelo interior da Bahia.

O Serviço de Imunologia (SIM) do HUPES vem contribuindo significativamente com vários cursos de pós-graduação em Salvador. Como atividade de extensão, os professores permanentes do curso de Pós-Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina PPGMS/UFBA também coordenam laboratórios e estruturas com ampla área para assistência e produção de pesquisa, tais como o Programa de Controle da Asma na Bahia (ProAR) e Centro de Referência para Avaliação de Distúrbios Respiratórios do Sono, ambos coordenados por dr. Adelmir de Souza Machado. O ProAR em particular, se destaca como projeto de extensão que tem forte inserção social, participando ativamente de iniciativas juntos à comunidade, organizações não governamentais (ONGs) e associações de pacientes, o que gera benefícios significativos para a sociedade como um todo e como contribuições às políticas públicas de enfrentamento destes problemas.

Adicionalmente, o SIM tem oferecido nos últimos anos, a disciplina de Imunologia Clínica para alunos da graduação da UFBA com auxílio de pesquisadores e pós-graduandos da equipe do SIM, tais como Edgar Carvalho, Maria Ilma Araújo, Roque Pacheco, Amélia de Jesus, Manoel Medeiros Jr., Regis Campos e Joanemile P. de Figueiredo.

Para além dos muros da UFBA, o SIM contribuiu com a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), oferecendo oportunidade aos alunos desta escola de participarem de reuniões científicas e engajamento em projetos de pesquisa, atividades mais frequentes na FMB-UFBA. Anualmente o SIM recebe, ainda, estudantes de medicina dos Estados Unidos (EUA) interessados em ampliar os seus conhecimentos em doenças tropicais, vindos em sua maioria do Medical College of Pennsylvania, que mantém cooperação bilateral.

No ano de 2000, a leishmania e a esquistossomose foram os principais alvos de pesquisa porque eram doenças de ocorrência muito frequente na Bahia, recebendo atenção especial também porque não havia método de controle eficaz,

inclusive com a carência de drogas, além de não existir vacina. Por ter um dos focos mais altos de leishmaniose do país, só comparável ao do Amazonas, a Bahia investe maciçamente em pesquisa sobre esta doença. Seu perfil está mudando nos últimos anos, com a enfermidade atingindo as metrópoles. Frutos das pesquisas desenvolvidas no SIM, foi identificada mudança no tratamento da leishmaniose, que é estudado há mais de 60 anos; em pacientes com a leishmaniose que atinge as mucosas, a associação do tratamento que já é usado, com a pentamidina, com outra droga – a pentoxifilina – aumentava a eficácia, as chances e o tempo de cura. Além disso, pesquisadores do SIM foram os primeiros a documentar a eficácia de droga por via oral na leishmaniose – a miltefosina, que foi liberada pelo Ministério da Saúde em 2018. Atualmente, as linhas de pesquisa concentram-se em leishmaniose, HTLV, esquistossomose, hanseníase e em urticária.

Como resultado das atividades de pesquisa desenvolvidas, 458 artigos foram publicados pelos pesquisadores do SIM desde 1980. Num levantamento relativo ao período de 1981 a 1993, obtido em base de dados do Instituto para a Informação Científica dos EUA e publicado no jornal *Folha de São Paulo* da época, em que são relacionados os 100 cientistas brasileiros cujas publicações são mais citadas na literatura mundial, constam três pesquisadores do SIM: os professores Edgar Carvalho, Manoel Barral-Netto e Aldina Barral. O nome do professor Edgar, situava em quarto lugar entre os 100 pesquisadores brasileiros de maior destaque internacional, segundo este mesmo jornal. Também é motivo de orgulho para o SIM e para a FMB-UFBA ter outros três professores fazendo parte desta lista: os professores Heonir Rocha, Roberto Badaró e José Carlos Bina de Araújo.

O professor Edgar Carvalho foi o vencedor do Prêmio Sendas (nacional) em 1993, quando seu colega, Manoel Barral-Netto, obteve o segundo lugar. Logo depois, o professor Barral foi homenageado com o título de Pesquisador do Ano na UFBA. Atualmente, também pesquisador da Fiocruz-Bahia, dr. Edgar foi considerado pelo *site* Expertscape como o maior especialista em leishmaniose do mundo. A classificação foi feita com base nas publicações científicas, tendo sido documentado que dr. Edgar publicou 84 artigos sobre o tema durante os anos de 2010 a 2021. No *ranking* com 66 cientistas que mais publicaram sobre esta doença no mundo, também constam os pesquisadores Aldina Barral e Manoel Barral-Netto. Em publicação de 04 de novembro de 2021 do Diário Oficial da União, dr. Edgar foi promovido na Ordem Nacional do Mérito Científico, na classe de Grã-Cruz.

Nos últimos 41 anos, o SIM vem sendo reconhecido como núcleo de excelência internacional na área de pesquisa em Imunologia e vem recebendo apoio de diversas instituições: Strengthening Grants – Organização Mundial de Saúde (1989 a 1994); sucessivas renovações do Tropical Medicine Research Center (TMRC) – National Institutes of Health (NIH) em 1996, 2002, 2007, 2012 e 2017; Núcleo de

Excelência pelo Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT) em 1996; Instituto de Ciência e Tecnologia em Doenças Tropicais (INCT-CT) MCT de 2009 a 2015 e Centro líder do Brasil no National Institute for Health Research (NIHR).

Continuando a história da Imunologia na Bahia, dois grandes nomes são representados pelo casal de médicos Aldina Maria Prado Barral e Manoel Barral-Netto, ambos graduados pela UFBA, pesquisadores titulares da Fiocruz e membros da Academia Brasileira de Ciências. Durante suas vidas, contribuíram com diversos trabalhos e pesquisas sobre a área. Além dra. Aldina ser membro titular da Academia de Ciências da Bahia e professora da UFBA, possui experiência na área de Parasitologia, focada principalmente em Protozoologia, Parasitária Humana, realizando diversos trabalhos sobre leishmaniose, leishmania e Imunologia Aplicada.

Já dr. Manoel Barral-Netto, atualmente é coordenador da Ordem Nacional do Mérito Científico, e vice-presidente de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz. Durante o curso de Medicina, sempre preferiu mais a vertente laboratorial e se interessava de fato pela pesquisa científica, e assim, ingressou no grupo de pesquisa do professor Zilton Andrade, que tinha foco na Parasitologia, mas também tratava acerca da Imunologia. Ao longo do tempo, o professor Zilton ofereceu-lhe a possibilidade de realizar um curso oferecido pela OMS em São Paulo, mediado pelo renomado professor Otto Bier, no qual enriqueceu ainda mais o seu percurso. Após a sua formação, estudou no Instituto de Pesquisa Biomédica de Seattle, nos Estados Unidos, em seguida ao voltar para a Bahia, realiza mestrado e doutorado, se dedicando à área de imunorregulação das doenças parasitárias, essencialmente leishmanioses e malária.

A Imunologia também se desenvolve pelo lado das organizações da sociedade civil. Na Bahia, em 2004, pacientes portadores de lúpus fundaram a organização Lúpicos Organizados da Bahia (LOBA), organização para agregar pacientes portadores desta doença autoimune, com o propósito de apoiar pessoas que recebem esse diagnóstico, informá-las sobre o que é o lúpus na perspectiva dos pacientes, e lutar por políticas públicas de saúde voltadas para estes indivíduos. Desde então, a LOBA realizou atividades junto a universidades e faculdades conscientizando estudantes de saúde sobre o que é o lúpus, sob a perspectiva dos pacientes; realizou mobilizações para campanhas do mês de conscientização sobre o lúpus, que ocorre em maio; e já garantiu, do poder público de Salvador e de algumas cidades do interior da Bahia, o fornecimento de protetor solar, medicamentos e outros benefícios.

## LABIMUNO ICS/UFBA

O Laboratório de Imunologia, também conhecido pela sigla LABIMUNO, foi criado em 1982, ocupando uma sala de 37m<sup>2</sup>, no segundo andar do Instituto de

Ciências da Saúde (ICS) da UFBA. Participavam deste momento inicial os professores Roberto Meyer e Ivana Nascimento e os estudantes estagiários (iniciação científica) Amélia de Jesus, Roque Almeida, Eduardo Hage, Eduardo Borges dos Reis, Ana Elizabeth D'Oliveira, Marta Leite e Mônica Moreno. Ainda neste mesmo ano, Denise Lemaire, então servidora do MEC, passou a integrar o quadro deste laboratório. Através de um pequeno financiamento pelo CNPq, os primeiros equipamentos e materiais de consumo para pesquisa foram adquiridos. Um novo financiamento, desta vez da FINEP, foi obtido em 1983, melhorando bastante as condições de trabalho. A obtenção de tais créditos contou com o decisivo apoio dos professores Moacyr Moura Costa e Jutorib Lima.

Os anos entre 1983 e 1984 foram marcados pelo ingresso de Robert Schaer e de Cláudia Brodskyn, como professores. Neste período, algumas publicações ainda foram feitas sobre histoquímica, em colaboração com o dr. Túlio Miraglia, então professor titular de Histologia, do Departamento de Biomorfologia, de onde tinham vindo os professores Roberto Meyer e Ivana Nascimento. Songelí Freire e Gubio Soares Campos ingressaram como bolsistas de iniciação científica e, após concluírem seus cursos de graduação em Farmácia/Bioquímica na UFBA em 1986, passaram a fazer parte do quadro de funcionários da UFBA, como farmacêuticos. Atualmente, Gubio Campos é professor de Microbiologia e coordenador do Laboratório de Virologia do ICS-UFBA e foi o descobridor do zica vírus no Brasil em abril de 2015 na cidade de Camaçari (BA).

Os projetos de pesquisa iniciais também foram realizados na área da Imunologia Veterinária. Em colaboração com a antiga Empresa de Pesquisa Agropecuária da Bahia (EBAPA), hoje Empresa Baiana de Pesquisa Agrícola (EBDA), foram testadas vacinas contra o mal do caroço dos caprinos (linfadenite caseosa) e foram desenvolvidos testes de diagnóstico imunológico e por métodos de Biologia Molecular para detecção desta enfermidade. Neste mesmo laboratório, vem sendo estudado aspectos da relação do agente etiológico *Corynebacterium pseudotuberculosis*, agente da linfadenite caseosa nos caprinos. Atualmente, outras linhas de pesquisa vêm sendo estudadas como a avaliação do estado de imunidade aos vírus das hepatites em profissionais da área da saúde, imunidade na periodontite, mutações relacionadas com a predisposição hereditária para o câncer, estudo do papel das citocinas angiogênicas e de drogas extraídas de plantas regionais sobre linhagens de células de tumores do tecido nervoso.

O ano de 1988 marcou a instalação do Laboratório de Imunologia e Biologia Molecular, em área originalmente ocupada pela antiga cantina do ICS e na época sendo usada como depósito de móveis e equipamentos inservíveis, além de restos de materiais de construção. Este laboratório foi implantado com recursos da FINEP e do governo do estado da Bahia. Novos equipamentos possibilitaram a amplia-

ção da abrangência das pesquisas, agora também envolvendo técnicas de Biologia Molecular. Neste mesmo ano, o LABIMUNO ganhou um reforço especial: Maria de Fátima Dias Costa, que juntamente com Roberto Meyer e Ivana Nascimento, estes do ICS e Ajax Atta, da Faculdade de Farmácia e Moysés Sadigursky, Edgar Carvalho e Manoel Barral, da Faculdade de Medicina, criam o Programa de Pós-Graduação em Imunologia (PPGIm). No ano seguinte, Lain Pontes de Carvalho e Mitermayer Galvão se incorporam ao corpo docente do curso. No ano 2000 assumiu como secretária Dilcea Reis de Oliveira, que além de muito dedicada e eficiente tem a memória do curso.

Desde sua implantação há 32 anos, e até hoje, o PPGIm tem realizado atividades que vão além daquelas inerentes à formação acadêmica (docência e pesquisa), como por exemplo as atividades de educação continuada e atenção à saúde voltada às comunidades do município de Salvador. Estes serviços são prestados junto ao ambulatório de Imunologia e Infectologia do HUPES e envolve a participação de professores do programa bem como o envolvimento de alunos de mestrado e doutorado, que participam de atividades voltadas à pesquisa e a Medicina Laboratorial focadas no diagnóstico. Além disso, os professores e alunos do programa contribuem com a formação continuada através de cursos e atividades extensionistas que visam por exemplo, a capacitação de profissionais em saúde nos conhecimentos inerentes a área de Imunologia. A exemplo destes cursos, destaca-se o curso de verão em Imunologia, que em março de 2021 ocorreu em sua 8ª edição, permitindo a capacitação, formação e até captação de novos alunos para o programa, bem como possibilitando a criação de parcerias interinstitucionais no Brasil e fora do país.

No ensino de graduação, o LABIMUNO é responsável pelas disciplinas Imunologia I, Imunologia Básica I e II e Fundamentos de Biotecnologia Aplicados à Saúde, oferecidas para alunos da maioria dos cursos da área biomédica. Ainda para o ensino de graduação, oferece vagas para estágio em Imunodiagnóstico, dirigidas para estudantes do curso de Farmácia.

Na área da extensão, realiza-se desde 1992 exames para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente totalizando cerca de 250.000 testes/ano, entre dosagens de hormônios, marcadores tumorais, drogas contra rejeição de transplantes, sorologia para as principais doenças infectocontagiosas, imunofenotipagem de hemopatias malignas, cariótipos utilizando hibridização com sondas de ácidos nucléicos e detecção de mutações relacionadas com o câncer.

Desde 2013, é responsável, nas regiões sul e sudeste do estado da Bahia, pela Programa Estadual de Triagem Pré-Natal em Papel de Filtro na Rede Cegonha. Os recursos obtidos a partir deste serviço prestado ao SUS tem sido de grande importância para a manutenção e desenvolvimento de ações acadêmicas, não apenas para aqueles referentes aos campos de prática para atividades de ensino e

pesquisa, no âmbito deste laboratório, como também em vários outros setores do ICS. Nos últimos 10 anos, foram realizados 2.345.084 exames, publicados 72 trabalhos completos em periódicos e 102 alunos concluíram mestrado e doutorado no LABIMUNO.

## O PROGRAMA DE CONTROLE DA ASMA NA BAHIA – PROAR

Em 2003, foi criado o ProAR a partir de um projeto de extensão vinculado à Faculdade de Medicina da UFBA, com o objetivo de coordenar as ações de prevenção e assistência a pacientes portadores de asma no SUS, buscando assegurar o fornecimento de medicações gratuitas com regularidade.

Inicialmente, o ambulatório do ProAR funcionou nas instalações da Faculdade de Medicina, no Terreiro de Jesus e no ICS-UFBA. Com o tempo, foi necessário ampliar o espaço para prestar assistência multiprofissional adequada e os projetos de pesquisa executados em parceria com instituições internacionais, ajudaram a financiar a modernização do espaço. Atualmente, o Ambulatório Central de Referência do ProAR, coordenado pelo professor Adelmir Souza-Machado, juntamente com o Núcleo de Excelência em Asma da UFBA, coordenado pelo professor Álvaro Cruz, está localizado no sétimo andar do Multicentro de Saúde Carlos Gomes.

O ProAR além de se destacar como projeto de extensão da UFBA, é um exemplo da importância do tratamento adequado na qualidade de vida dos portadores de doenças respiratórias, especialmente asma. Em um dos estudos em publicado em 2010 pela World Allergy Organizations Journal (CRUZ et al., 2010), foi possível observar redução de 85% das idas a emergências, 90% das hospitalizações e 67% da necessidade de uso de corticoide oral devido à exacerbação das crises em portadores de asma acompanhados pelo ProAR. Em 47% dos casos um dos membros da família havia perdido o emprego devido à asma e com o controle desta foi possível a volta ao mercado de trabalho.

Além de assistência médica, pesquisa e extensão universitária, o ProAR vem promovendo cursos de atualização e capacitação em asma grave, destinados a médicos e residentes de Medicina gratuitamente, disponibilizando vagas para profissionais da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), permitindo, assim, vincular o paciente com asma à equipe de saúde das unidades básicas da Bahia.

Em 2007, o ProAR foi adotado pela OMS como um programa modelo para o controle da asma em países de renda baixa ou média. O grupo de pesquisadores do ProAR e do Núcleo de Excelência em Asma do SIM-HUPES-UFBA na época liderado pelo prof. Edgar Carvalho, juntamente com o grupo do Projeto SCAALA (Social Change Asthma and Allergy in Latin America), que reúne pesquisadores do ISC-UFBA liderado pelo professor Maurício Barreto e do ICS-UFBA incluindo

as professoras Neuza Neves e Camila Figueiredo, constituíram um dos principais polos de pesquisa em asma da América Latina. O programa já contou com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), do CNPq, da Fundação Wellcome e da empresa GlaxoSmithKline da Inglaterra.

A partir de 2010, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da portaria SAS/MS nº 709, aprovou o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – asma, tendo como um dos propósitos a regulamentação da dispensação de medicamentos previstos, estabelecendo que os gestores estaduais e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deveriam estruturar uma rede assistencial, definindo os serviços referenciais e os fluxos para o atendimento dos indivíduos com asma. A Portaria GM/MS nº 971, de 15 de maio de 2012, que dispõe sobre o programa da Farmácia Popular instituiu a gratuidade para a dispensação de medicamentos de uso contínuo indicados para o controle da asma e medicamentos utilizados para o alívio dos sintomas durante as exacerbações, também chamadas “crises” de asma.

Após 11 anos, o PCDT para asma foi atualizado em 2021, o que impediu a inclusão racional de tecnologias que há anos são usadas em outros países, inclusive na América Latina, dando espaço para judicializações em larga escala. Falta ainda assegurar o acesso a exames essenciais para doenças respiratórias, tais como espirometria (que mede a função pulmonar) que, pela indisponibilidade, geram filas de espera retardando a conduta terapêutica.

Recentemente, durante o Congresso da UFBA, pesquisas de pós-graduação que tem como objetivo melhorar o tratamento da asma e a qualidade de vida dos pacientes sobre a orientação do professor Álvaro Cruz, foram apresentadas. Um destes trabalhos investiga a associação entre asma e a contagem no sangue periférico de um tipo de leucócito, o eosinófilo, como “biomarcador”. A expectativa é que, a partir de exame de sangue corriqueiro, seja possível identificar o tipo de asma que afeta cada paciente e assim orientar o tratamento da asma grave mais adequado, nos casos em que o tratamento habitual não é suficiente para o controle da doença.

## **SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DA SESAB**

A prevalência de doenças alérgicas e imunológicas vem aumentando nos últimos anos em todo mundo, particularmente nos grandes centros urbanos, a exemplo de Salvador. Em torno de 30% da população geral apresenta alergias respiratórias como rinite e asma, além das alergias cutâneas, representadas pela urticária, dermatite atópica ou de contato. Além disso, existem outros quadros alérgicos que afetam outros órgãos como alergia a medicamentos, alergia a insetos, alergia alimentar e anafilaxia. Há também doenças decorrentes de desordens imunológicas

como doenças autoimunes e as imunodeficiências primárias, também chamadas erros inatos da imunidade.

Até 2008, os serviços públicos de saúde na Bahia eram extremamente carentes da presença de profissionais na área de Alergia e Imunologia, pois não havia alergologistas no quadro de médicos da Sesab. Até então, os pacientes que apresentavam doenças respiratórias alérgicas contavam apenas com o ProAR e o ambulatório de alergia e imunologia do COM-HUPES-UFBA, onde os alergologistas eram médicos voluntários que, em paralelo à assistência médica, desenvolviam projetos de pesquisa de pós-graduações da UFBA. O primeiro concurso público na área de Alergia e Imunologia promovido pelo governo da Bahia, ocorreu em 2008 e após quatro anos, foram contratados mais médicos, sendo implantado o Serviço Especializado no Tratamento das Alergias no Estado da Bahia (SETAB), iniciativa inédita na Bahia.

Desde então, o SETAB vem prestando assistência médica pelo SUS tentando suprir a demanda crescente de pacientes com alergias respiratórias, alergias cutâneas (urticária/angioedema, dermatite de contato, dermatite atópica), alergia medicamentosa, alergia alimentar, alergia a himenópteros e erros inatos da imunidade, funcionando em regime ambulatorial, atuando na capacitação de profissionais de saúde para o manejo adequado das doenças alérgicas através da criação de protocolos de atendimento permitindo o vínculo do paciente à equipe de saúde das unidades básicas da Bahia, além de realização de exames e reuniões educativas regulares com os pacientes.

## **IMUNOLOGIA E PANDEMIA**

No final de 2019, a China vivenciou casos graves de pneumonia provocados por uma mutação do coronavírus, o que causou enorme preocupação no país. Inicialmente, descreveram o comércio de carnes de determinadas aves e morcegos como a principal fonte de contágio, já que consideravam esses animais os principais hospedeiros do vírus. Após o estudo do seu genoma, realizado por diversos médicos e cientistas, o vírus em questão ficou conhecido como “novo coronavírus” (SARS-CoV-2). Mas, foi devido à disseminação descontrolada do vírus por sua alta contagiosidade a partir da via respiratória e rápida evolução da doença, que se espalhou pelo mundo, levando a OMS, em março de 2020, a declarar o cenário como uma pandemia global.

A infecção por SARS-CoV-2 envolve diferentes manifestações e, por isso, o seu combate deve ser feito a partir ação conjunta das sociedades, dos governos e das diversas áreas da saúde, justamente porque transcende desde resfriados comuns até síndrome respiratória aguda grave, podendo ocorrer também distúrbios neu-



rológicos, imunopatologias e coagulopatias. A Imunologia é fundamental em todo o processo que envolve as patologias, já que estuda justamente o sistema de defesa do corpo humano e em meio à pandemia do novo coronavírus não é diferente, já que ela executa imprescindível importância de forma que os profissionais da área ocupam a linha de frente no combate à doença, tratando desde os pacientes acometidos por manifestações de baixa, intermediária e alta complexidade. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA, 2020)

Frente à uma doença cheia de mistérios que causa inúmeras mortes, e novas descobertas, os imunologistas procuram entender como o vírus age no organismo, como o sistema imunológico tenta se defender, visto que o SARS-CoV-2 pode ser assintomático em alguns indivíduos e em outros deixar sequelas no corpo quando não for letal. Os pesquisadores investigam também fatores de riscos e genéticos que possivelmente possam influenciar na evolução da doença, como problemas cardiovasculares, diabetes, obesidade, insuficiência renal e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Todo esse trabalho vem ajudando as autoridades de saúde de todo o mundo a buscar estratégias de prevenção, contenção, tratamento e cura desta doença.

O campo da Imunologia tem acelerado crescimento, essencialmente nesse momento pandêmico e cada vez mais a sua importância e contribuição tem sido valorizada. A atuação dos profissionais de saúde também vem sendo reconhecida, apresentando avanço nas pesquisas e por essa razão, em tempo recorde, um grande número de vacinas foi e está sendo elaboradas, para que o mais rápido possível a maior quantidade de pessoas sejam imunizadas. (ALENCAR, 2021)

Dentre as descobertas, um dos fatos que chama a atenção é que em pacientes que esperava-se desenvolver quadros mais graves quando infectados pela covid-19 como os imunossuprimidos, portadores de imunodeficiências primárias e aqueles com alergias respiratórias, as pesquisas mostram que estes não apresentam susceptibilidade maior para a infecção pelo vírus, portanto, não foram incluídos grupos de risco para o desenvolvimento das formas mais graves da doença. (AARESTRUP, 2020)

No entanto, o risco de morte por covid-19 aumentou em asmáticos que precisaram de corticoide por via oral ou endovenosa para o controle da sua asma recentemente. Desta forma, mais uma vez ficou evidente a importância de ser estabelecido estratégias para manter o controle dos sintomas da asma, para reduzir o risco de exacerbações graves e a necessidade do uso de corticoide sistêmico.

De modo geral, é essencial ter boa imunidade para evitar a infecção incentivando alimentação adequada, a prática de atividades físicas e, claro, a vacinação, já que ela estimula o organismo na produção de resposta imunológica, sendo a principal aliada da Imunologia em casos de infecções bacterianas e virais, como

é o caso da covid-19, diminuindo a cadeia de transmissão entre as pessoas. Mas, mesmo havendo inúmeras vacinas, com tecnologias diferentes para oferecer mais segurança, os imunologistas reforçam a importância das demais medidas de controle para a proteção contra a doença, tais como o distanciamento social, uso de máscaras, lavagens das mãos e uso de álcool em gel.

## **FUTURISMO**

Ao longo deste capítulo, podemos acompanhar o progresso que a Imunologia tem passado desde as formas mais antigas de conhecimento, até os dias atuais. Desta forma, vem sendo observado o crescimento cada vez mais expressivo e significativo do campo da Imunologia não só como geração de conhecimento, mas como ciência que tem possibilitado fornecer instrumentos para a compreensão clara do processo de adoecimento de determinadas doenças, proporcionando chegar a determinados diagnósticos e a melhor forma de tratamento. Além disso, o conhecimento acerca dos mecanismos do sistema imunológico tem possibilitado às outras áreas, principalmente das ciências biomédicas, um avanço significativo ao mesmo tempo em que fornece possibilidade de ampliação da compreensão de novas estratégias de abordagem singular para cada indivíduo.

Ao passo que novos avanços na Imunologia são impulsionados, é possível a cada dia realizar novas descobertas na área da Medicina. Sendo assim, médicos e cientistas têm intensificado estudos que trazem boas expectativas no tratamento de doenças em que ainda não se há terapia ou com terapias ainda ineficientes, como é o caso da terapia gênica. Essa técnica, apesar de ainda estar sendo estudada e aprimorada para garantir a segurança e eficiência na sua utilização, consiste em introduzir genes novos e manipulados para atingir determinados objetivos terapêuticos. (NARDI; TEIXEIRA; SILVA, 2002) Assim, já foram alvo de muito estudo em pesquisas científicas, muitas das intervenções utilizadas de forma segura hoje em dia e há ainda boas perspectivas no que diz respeito a novas estratégias no tratamento de enfermidades.

Ainda falando sobre os avanços na Imunologia, é importante destacar o advento dos anticorpos monoclonais e o advento dos fatores de crescimento. Graças ao avanço da biotecnologia, foi possível produzir em laboratório anticorpos monoclonais, que são importantes ferramentas no diagnóstico de diversos exames laboratoriais. Além disso, recentemente, os anticorpos monoclonais também têm sido aplicados na terapia de diversas doenças, principalmente no tratamento de diversos tipos de câncer, doenças autoimunes e na asma, como exemplos. Desta maneira, já é realidade na prática clínica, o uso de anticorpos monoclonais terapêuticos.

## CONCLUSÕES

A Imunologia é ciência de abrangência multidisciplinar e que dentro das áreas biomédicas, contribuiu e continua a contribuir para a compreensão de aspectos e mecanismos associados a defesa orgânica, terapêutica e diagnóstico de doenças que acometem o homem. Seus fundamentos foram e continuam sendo alvo de investigações e pesquisas científicas em todo o mundo. Importantes descobertas imunológicas se concretizaram em benefícios fundamentais para a saúde pública mundial, como as vacinas e o desenvolvimento da sorologia diagnóstica e terapêutica, como pudemos observar na trajetória histórica contada neste capítulo. Contudo, os esforços não param e mais avanços científicos são necessários para aprofundar o conhecimento sobre a patogenia e resposta imunológica para muitas doenças ainda pouco esclarecidas nestes aspectos.

Neste sentido, importantes avanços têm ocorrido no Brasil e principalmente no estado da Bahia, nas últimas décadas. Como podemos constatar, houve crescimento em investimentos na pesquisa, na formação de recursos humanos e na ampliação do conhecimento em Imunologia, com a implementação da área nas matrizes curriculares de instituições de ensino superior e criação de cursos de aperfeiçoamento e pós-graduações. Além disso, o aumento do número de pesquisas e publicações científicas no país e na Bahia, corroboram com este fato.

Nesta perspectiva, entendemos a Imunologia como área biomédica que sempre estará se desenvolvendo, porque os desafios são inúmeros na compreensão de processos patológicos e da montagem de defesa para as diversas doenças que cercam o homem.

## REFERÊNCIAS

35 ANOS LABIMUNO UFBA: Instituto de Ciências da Saúde. Disponível em: <http://35anos.labimuno.ufba.br/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

AARESTRUP, F. M. Imunopatologia da COVID-19 e suas implicações clínicas. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 172-180, abr./jun. 2020. Disponível em: [http://aaai-asbai.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1082](http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1082). Acesso em: 21 ago. 2021.

ALENCAR, I. Os desafios da Imunologia na pandemia de COVID-19. *Cremepe*, Recife, 29 abr. 2021. Disponível em: <https://www.cremepe.org.br/2021/04/29/os-desafios-da-imunologia-na-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 30 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA. ASBAI: Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. São Paulo, c2021. Disponível em: <https://asbai.org.br/historia/>. Acesso em: 6 dez. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA. *O papel do Alergista/Imunologista Clínico na pandemia COVID-19*. São Paulo, 17 abr. 2020. Disponível em: [https://asbai.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Doc\\_Papel\\_do\\_Alergista\\_na\\_COVID.pdf](https://asbai.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Doc_Papel_do_Alergista_na_COVID.pdf). Acesso em: 27 ago. 2021.

BARRAL, A.; BARRAL-NETTO. Uma breve perspectiva da Imunologia no Brasil e na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 241-244, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14714/2/Barral%20A%20Uma%20breve....pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

Begliomini, H. Cadeira nº 104 – Patrono, Otto Bier. *Academia de Medicina de São Paulo*, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/109/BIOGRAFIA-OTTO-GUILHERME-BIER.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

BORGES, T. Edgar de Carvalho Filho: o médico que trouxe a imunologia para a Bahia. *Correio24horas*, Salvador, 25 jun. 2020. Disponível em: <https://especiais.correio24horas.com.br/ocerebrodaufba/edgardecarvalhofilho-2/>. Acesso em: 7 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. Decretos de 3 de novembro de 2021. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 159, n. 207, p. 239, 4 nov. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decretos-de-3-de-novembro-de-2021-356863820>. Acesso em: 3 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. *Ambulatório de Urticária do Hupes recebe certificação internacional*. [Salvador], 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/ambulatorio-de-urticaria-do-hupes-recebe-certificacao-internacional>. Acesso em: 29 nov. 2021.

COSTA, S. L. (org.). *Avanços da Pesquisa em Imunologia na Bahia: 30 Anos de contribuição do Programa de Pós-Graduação em Imunologia da UFBA*. Salvador: Edufba, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/30950/4/AvancosEmPesquisa.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

CRUZ, A. A. *et al.* The impact of a program for control of asthma in a low-income setting. *World Allergy Organization Journal*, Philadelphia, v. 3, n. 4, p. 167-174, Apr. 2010.

EXPOPPGIM: EXPOSIÇÃO ANUAL DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM IMUNOLOGIA DA UFBA, 19., 2019, Salvador. Anais [...]. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. Salvador: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, v. 19, n. 1, supl. 1, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/38286/23957>. Acesso em: 25 nov. 2021.

FIOCRUZ BAHIA. *Pesquisador da Fiocruz BA é considerado maior especialista em leishmaniose cutânea do mundo*. [Salvador], 11 mar. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/imprensa/comunicacao/2021/03/pesquisador-da-fiocruz-ba-e-considerado-maior-especialista-em-leishmaniose-cutanea-do-mundo>.

fiocruz.br/noticia/pesquisador-da-fiocruz-ba-e-considerado-maior-especialista-em-leishmaniose-cutanea-do-mundo. 3 de dez 2021.

FUNDAÇÃO PROAR. *Em que acreditamos*. [Salvador], c2020. Disponível em: <https://www.fundacaoproar.org.br/em-que-acreditamos>. Acesso em: 3 dez. 2021.

FUNDAÇÃO PROAR. *Por uma vida com mais ar*. [Salvador], c2020. Disponível em: <https://www.fundacaoproar.org.br/>. Acesso em: 3 dez. 2021.

GLOBAL INICIATIVE FOR ASTHMA. *GINA guidance about COVID-19 and asthma*. Fontana, WI, 30 March 2021. Disponível em: [https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2021/03/21\\_03\\_30-GINA-COVID-19-and-asthma.pdf](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2021/03/21_03_30-GINA-COVID-19-and-asthma.pdf). Acesso em: 10 dez. 2021.

IMUNE. In: ORIGEM da Palavra. [S. l.: s. n.], c2022. Disponível em: <https://origemdapalavra.com.br/palavras/imune/>. Acesso em: 31 ago. 2021.

INSTITUTO VITAL BRAZIL. *Vital Brazil Mineiro da Campanha*. Niterói, [201-]. Disponível em: <http://www.vitalbrazil.rj.gov.br/historia-cientista.html>. Acesso em: 3 set. 2021.

NARDI, N. B.; TEIXEIRA, L. A. K.; SILVA, E. F. A. Terapia Gênica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 109-116, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RgnQzCvM9tBxBgMgdLRzXbQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2021.

NÚCLEO de Excelência em Asma da UFBA e ProAR reinauguram ambulatório de referência. UFBA. *UFBA em Pauta*, Salvador, 25 jul. 2016. Disponível em: [https://www.ufba.br/ufba\\_em\\_pauta/n%C3%BAcleo-de-excel%C3%Aancia-em-asma-da-ufba-e-proar-reinauguram-ambulat%C3%B3rio-de-refer%C3%Aancia](https://www.ufba.br/ufba_em_pauta/n%C3%BAcleo-de-excel%C3%Aancia-em-asma-da-ufba-e-proar-reinauguram-ambulat%C3%B3rio-de-refer%C3%Aancia). Acesso em: 25 nov. 2021.

OLIVEIRA, L. M. G. B.; KANASHIRO, M. M. *Imunologia*. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2010. vol. 1. Disponível em: [https://www.epsvj.fiocruz.br/sites/default/files/covid19/BIBLIOTECA\\_3\\_ANO\\_HAB\\_ANALISES\\_CLINICAS\\_IMUNOLOGIA-Vol\\_1\\_CEDERJ.pdf](https://www.epsvj.fiocruz.br/sites/default/files/covid19/BIBLIOTECA_3_ANO_HAB_ANALISES_CLINICAS_IMUNOLOGIA-Vol_1_CEDERJ.pdf). Acesso em: 4 out. 2021.

SANT'ANNA, O. A. Vital Brazil e as origens da imunologia: a caracterização da especificidade na resposta imune. *Cadernos de História da Ciência*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 161-168, 2014. Disponível em: <https://bibliotecadigital.butantan.gov.br/arquivos/38/PDF/8.pdf>. Acesso em: 17 set 2021.

SCHEFFER, M. *et al. Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

SILVA, A. A. S. *O programa UFBA em campo – ACC: Sua contribuição na formação do estudante*. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10261>. Acesso em: 6 dez. 2021.

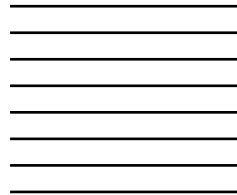
SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNOLOGIA. *A imunologia brasileira: uma disciplina consolidada e na liderança da área biomédica*. São Paulo, c2021. Disponível em: <https://sbi.org.br/a-sbi-historico/> Acesso em: 5 out. 2021.

TUCÍDIDES. *História da Guerra do Peloponeso*. Tradução de Mário da Gama Kury. 4. ed. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 2001. Acesso em: 29 set. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde. *Atividades de Extensão*. Salvador, [202-]. Disponível em: <https://ppgms.ufba.br/pt-br/atividades-de-extensao>. Acesso em: 1 dez. 2021.

VARELA, A.; VELLOSO, V. P. Escola tropicalista baiana. *In: DICIONÁRIO histórico-biográfico das Ciências da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, [201-]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/esctroba.htm#ficha>. Acesso em: 19 ago. 2021.





## 7

### HISTÓRIA DA GASTROENTEROLOGIA

*Ana Vitória Gordiano Carneiro*  
*Catherine Conceição Martinez Garcia*  
*Flávia Goreth da Silva Almeida*  
*João Felipe Vasconcelos Anjos*  
*Maria de Lourdes Brandão Mascarenhas*  
*Marlon Ribeiro de Almeida Andrade*  
*Natália Ribeiro da Hora*  
*Lívia Dórea Dantas Fernandes*

#### HISTÓRIA DA GASTROENTEROLOGIA

Antes de abordarmos a história da Gastroenterologia e sua evolução ao longo dos anos, nada mais justo que falar sobre o que é a Gastroenterologia. A Gastroenterologia, portanto, é uma área da Medicina que estuda o sistema digestório, ou seja, estuda os órgãos envolvidos no caminho que o alimento faz desde a sua deglutição, que ocorre na boca até o ânus. Os principais órgãos envolvidos nesse processo são: esôfago, estômago, intestino delgado, intestino



grosso, reto e ânus e os órgãos acessórios que ajudam na digestão e estão incluídos na fisiologia do sistema digestório, que são: pâncreas, fígado e a vesícula biliar. A Gastroenterologia abrange o estudo de toda a fisiopatologia das estruturas citadas acima, assim como o diagnóstico de doenças gástricas e os diversos tratamentos, que apresentam desde uma abordagem clínica até cirúrgica. Para um médico ter uma especialização em Gastroenterologia, ele deve fazer dois anos de residência clínica, depois mais dois anos de residência em Gastroenterologia e, caso queira se especializar em Endoscopia Digestiva, no qual ele ficará apto a realizar alguns procedimentos como Endoscopia Digestiva alta, colonoscopia, ele deve fazer mais um ano de residência em Endoscopia Digestiva. Vale ressaltar que todo Gastroenterologista deve ter um olhar empírico e holístico, já que o trato gastrointestinal está totalmente associado ao psicológico e à saúde mental.

O surgimento da Gastroenterologia, como especialidade médica, ocorreu no século XIX. (HISTÓRIA..., 2013) A partir do século XVIII, com o avanço da ciência, aflorou a necessidade de especializações na Medicina, que, até então, era mais arte do que ciência, com muitas hipóteses, fundamentos e conhecimentos científicos, mas com muitas interrogações. (MORAES FILHO, 2019) Segundo Geraldo Siffert (2009, p. 37), grande ícone da Gastroenterologia brasileira:

Com a acumulação de grande acervo do conhecimento sobre fisiologia e a patologia do aparelho digestivo, e com o estabelecimento de técnicas especiais tanto para o diagnóstico como para o tratamento das doenças dos órgãos da digestão, ficou realmente impossível aos chamados clínicos gerais dominar o amplo terreno.

Portanto, foi no século XIX, no meio dos anos 1940, devido ao crescimento do conhecimento médico, que a Gastroenterologia como especialidade médica surgiu. Ainda segundo Geraldo Siffert (2009, p. 37):

Duas ordens de fatores contribuíram decisivamente para que fosse individualizada e organizada a especialidade médica hoje denominada gastroenterologia: de um lado, a grande frequência de anormalidades gastrointestinais e, de outro, o grande desenvolvimento de técnicas semiológicas e terapêuticas do campo do aparelho digestivo.

Logo, após a criação da especialidade aqui no Brasil, surgiram reuniões dos que praticavam com mais intensidade e dessa união formaram-se as sociedades para discutir assuntos pertinentes e, logo em seguida, em 1949, com a união de três delas – Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais –, criou-se o que é hoje a Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG). Após um ano de trabalho – outubro de 1949 a outubro de 1950 –, realizou-se o I Congresso Brasileiro de Gastroenterologia

do Rio de Janeiro e as reuniões complementares em São Paulo, em Minas Gerais e novamente no Rio de Janeiro. Era geral o entusiasmo pela FBG. (MALAFAIA; MENEGHEELLI, 2009)

A criação da FBG trouxe muitos avanços para a Gastroenterologia e foi por ela que o Congresso Mundial de Gastroenterologia ocorreu pela primeira vez no Brasil. Esse evento ocorreu em setembro de 1986 em São Paulo, depois de uma disputa difícil entre Canadá e Brasil, quando o Brasil, pela pequena diferença de dois votos, venceu para ser a próxima sede do VIII Congresso Mundial de Gastroenterologia – isto é, em 1986. Esse evento foi importante, pois acabou trazendo grandes benefícios, não apenas na esfera da Medicina com uma maior projeção internacional, mais oportunidades para os gastroenterologistas brasileiros e convites para participação de congressos, palestras, simpósios e conferências no exterior, mas também na esfera cultural. Além disso, após o congresso, o número de associados à Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) aumentou consideravelmente, a ponto de se tornar uma das maiores associações de Endoscopia Digestiva do mundo. Em consonância com o início dos procedimentos endoscópicos no país na década de 1970, a SOBED foi fundada em Curitiba (PR), no dia 25 de julho de 1975, por médicos que enxergaram a importância e a complexidade da especialidade na medicina. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA, c2021)

Como referido, as mudanças e os avanços da Gastroenterologia ao longo dos anos são reflexos do desenvolvimento científico e tecnológico, já que, na prática, eles se aplicam aos diversos conhecimentos e procedimentos diagnósticos e aos tratamentos das enfermidades. A doença celíaca, por exemplo, uma das enfermidades mais comuns na prática clínica só foi decifrada em 1950. “O papel do trigo (glúten) na doença celíaca e o efeito terapêutico da retirada do glúten da dieta: até então, o que hoje é rotina conhecida e mesmo mencionada em redes sociais, era um mistério aparentemente insolúvel”. (DICKE, 1950, p. 3)

Outro exemplo, é a endoscopia, procedimento essencial para o diagnóstico e o tratamento das diversas patologias gástricas, que passou por muitas mudanças, e só em 1957 surgiu o primeiro gastroscópio de fibra ótica, atualmente utilizado. A era da endoscopia se iniciou ainda em 1806 com a criação do primeiro endoscópio pelo médico alemão Philipp Bozzini. A finalidade deste instrumento primitivo era examinar o interior de cavidades corporais, como a uretra, canal vaginal e a faringe. Era ainda muito rudimentar, pesado, difícil de manobrar, com visão limitada, sendo a avaliação realizada dolorosa e, por vezes, o instrumento ficava demasiado quente e ainda sem capacidade terapêutica. (GROSS; KOLLENBRANDT, 2009)

Após a criação do endoscópio pelo alemão Philipp, citado anteriormente, Georg Wolf e Rudolph Schindler, em 1932, inventaram o primeiro gastroscópio semiflexível e foram os responsáveis pelo avanço da gastroscopia. (DE GROEN,

2017) Outro marco importante aconteceu em 1952, na França, onde Fourestier introduziu a primeira fonte de “luz fria” ao usar a fibra óptica, evitando possíveis queimaduras e complicações provenientes do aparelho. (SPANER; WARNOCK, 2009) Em 1948, o físico Harold Hopkins também marcou a história da endoscopia ao desenvolver o *zoom* nas lentes. (DOGLIETTO et al., 2005) Somado com o desenvolvimento da fibra óptica que ocorreu em 1954, Hopkins e a sua equipe criaram uma nova era na endoscopia, o fibroscópio, utilizando a fibra óptica para a transmissão da imagem. (BERCI; FORDE, 2000) Por fim, Basil Hirshowitz, em 1956, melhorou o modelo anterior, com um material mais flexível, desenvolvendo um protótipo funcional do fibroscópio, utilizando uma simples lâmpada próximo da extremidade distal. Desta forma, era possível examinar as cavidades com maior facilidade e segurança. (DOGLIETTO et al., 2005)

A partir dos marcos históricos destacados acerca da evolução do gastroscópio, podemos perceber como a evolução tecnológica influenciou diretamente na especialidade. Apesar do notável avanço da Endoscopia Digestiva com a criação do endoscópio flexível que possibilitou o exame de quase todo o trato gastrointestinal, o procedimento ainda se limita ao esôfago, estômago, intestino grosso e reto. O intestino delgado, nesse contexto, é considerado uma área oculta, devido ao seu difícil acesso. Assim, no final do século XIX e início do XX, em um passado próximo, aconteceu a criação da capsula endoscópica e do enteroscópio de duplo balão que configuraram marcos importantes, pois possibilitaram a observação do intestino delgado na sua totalidade e os possíveis diagnósticos desse segmento. A cápsula endoscópica, atualmente, ainda pouco utilizada na prática clínica, foi criada em 1990 por Gavriel Iddan e comercializada em 2001. (MAKING..., 2011) A enteroscopia por duplo balão foi criada em 2001, com fins diagnósticos e terapêuticos. (YAMAMOTO et al., 2001)

Por fim, outra criação importante para o avanço na Gastroenterologia foi o surgimento dos inibidores da bomba de prótons, nos anos 1980, que são a base farmacológica mais utilizada no tratamento das diversas enfermidades gástricas na atualidade. (ARAI; GALLERANI, 2011) Foi logo após esse surgimento que, em 1985, Agostinho Bettarello escreveu um artigo sobre o tratamento da úlcera péptica com a introdução dos inibidores da bomba de prótons na erradicação do *H. pylori*. Esse fato foi importante pois representou significativa inserção da Gastroenterologia brasileira no cenário internacional, uma vez que o autor abordou um tema de grande interesse para todos os gastroenterologistas do mundo em revista do mais elevado conceito na época. (MALAFAIA; MENEGHEELLI, 2009)

## GASTROENTEROLOGIA NA BAHIA E NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA (FMB)

Para falar um pouco da história da Gastroenterologia na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), faremos um breve destaque sobre um dos seus pioneiros, o professor emérito de Gastroenterologia, dr. Gilberto Rebouças. De tanto apreço e admiração pelos alunos, colegas e pela instituição, faz parte da Lista dos Professores Encantados da FMB, uma homenagem aos professores falecidos, ou seja, que foram encantados, realizada pelo professor Ronaldo Ribeiro Jacobina. Desse material trazemos, de maneira sucinta, algumas informações acerca deste tão renomado gastroenterologista.

Gilberto Rebouças nasceu em Itabuna, Bahia, no dia 2 de janeiro de 1933. Ingressou na FMB da Universidade da Bahia, agora Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 1951, e graduou-se em 15 de dezembro de 1956, 140ª turma. Em 1958, foi médico residente (residente-chefe) do Hospital das Clínicas – atual Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES). Especializou-se em Gastroenterologia, com Kurt Isselbach (Massachusetts General Hospital), em Boston, EUA, nos anos de 1959 e 1960. (JACOBINA, 2008; TAVARES-NETO, 2008)

Em seguida, concluiu o doutorado em Ciências Médico-Cirúrgicas em 1961, com a tese *Patogênese do fígado gorduroso na intoxicação alcoólica aguda experimental* (Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, 1961). Fez livre docência, em 1964, com a tese *Prova de tolerância a amônia na esquistomose hepato-esplênica* (Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, 1964). Iniciou sua carreira docente em 1961 como auxiliar de ensino contratado e, a partir de 1968, tornou-se professor adjunto da FMB-UFBA. Foi coordenador da disciplina de Gastroenterologia de 1972 a 1977. Em 1984, recebeu o título de fellow in Hepatology, pela Fundação Kellogg, e depois, em 1986, o de fellow of the American College of Physicians (Filadélfia, EUA). Aposentou-se em 1998. (JACOBINA, 2008)

Fora da docência, foi médico do HUPES, sendo supervisor do ambulatório e chefe do Serviço de Gastroenterologia em 1972 e chefe da Divisão Médica em 1984. Foi fundador e diretor científico do Atendimento Médico de Emergência (ATEMDE), a partir de 1965, e depois, de 1978 até 2003, sócio fundador do Instituto de Gastroenterologia e Hepatologia, ambos em Salvador. Como administrador acadêmico, foi um exemplo, sua gestão é sempre lembrada, graças ao equilíbrio, competência e seriedade que imprimiu ao trabalho. Com o seu compromisso social, participou do envio de documento ao Ministro da Saúde com tomada de posição dos pesquisadores da UFBA em relação ao tratamento em massa da esquistossomose, em 17 de agosto de 1976. (JACOBINA, 2008)

Recebeu da Associação Bahiana de Medicina (ABM), em 10 de agosto de 1987, uma homenagem especial feita pelos médicos gastroenterologistas, membros da Sessão Científica da ABM, concedida pela competência e dedicação no exercício profissional e pela preocupação com a humanização dos serviços de saúde, além de um diploma de honra ao mérito, em 28 de outubro de 1989. (JACOBINA, 2008)

Mesmo não sendo formalmente professor titular, era um titular na prática, tendo sido indicado por unanimidade dos professores presentes na reunião de 24 de março de 2004 da congregação da FMB-UFBA para o título de professor emérito. Vale ressaltar que esse título é reservado para aqueles que, pelo seu esforço, deram algo de mais pelo engrandecimento da instituição, como por exemplo ser dedicado à assistência e à formação de profissionais socialmente comprometidos e eticamente embasados. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2003) Esse algo mais, seus ex-alunos e colegas podem muito bem dar o testemunho. Os que tiveram esse privilégio se referem a ele como um médico clínico habilidoso, íntegro, com raciocínio rápido e cultura enciclopédica. Sempre dedicado, preparou dezenas de gastroenterologistas e hepatologistas, influenciando centenas de médicos de todas as áreas da Medicina, sendo, por isso, um dos professores mais admirados do seu tempo, além de ter sido também um grande pesquisador, principalmente sobre a esquistossomíase mansônica. (JACOBINA, 2008)

É considerado o introdutor do ensino da moderna Gastroenterologia na Bahia. Sua contribuição ao desenvolvimento da especialidade foi fundamental, sua colaboração na melhoria do ensino foi relevante, inclusive por ser multiplicadora. Foi um investigador cuidadoso, crítico e seletivo. Tornou-se não só um paradigma, mas fez parte do que houve de melhor na UFBA nos últimos 40 anos e dela se tornou, inclusive, participante de sua consciência crítica. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2003 apud JACOBINA, 2008)

Continuou o mesmo mestre dedicado até os últimos dias, mesmo depois de diagnosticado com câncer de próstata em estágio avançado. Seria recebido em qualquer dos hospitais de Salvador, como o Hospital Aliança, Português, Espanhol ou o São Rafael, mas escolheu o hospital universitário, o seu querido Hospital das Clínicas. Faleceu em 19 de outubro de 2006, no hospital cercado de carinho pelos alunos de graduação, residentes, funcionários e colegas. O Auditório Professor Gilberto Rebouças do HUPES, um dos lugares onde sua inteligência médica e humana brilhou intensamente, é uma das homenagens para lembrar o seu encantamento. (JACOBINA, 2008)

Dando continuidade à história desta especialidade na Bahia, tão importante para a Medicina, trazemos a vocês o relato de uma das pessoas que também foi de suma importância para o crescimento da Gastroenterologia no estado e no HUPES, o prof. Helito Mascarenhas Bittencourt, que, aos 86 anos de idade, muito

atenciosamente nos contou um pouco sobre a sua história na Medicina e, conseqüentemente, da Gastroenterologia na Bahia e na FMB-UFBA.

Helito Mascarenhas Bittencourt nasceu em 17 de outubro de 1934 e ingressou na FMB-UFBA em 1956, graduando em 1961. De 1962 a 1963, realizou residência médica no Hospital das Clínicas (atual HUPES). Ele relata que, naquela época, os residentes podiam morar no próprio hospital, e ficavam de sobreaviso para dar assistência aos pacientes internados – ele mesmo morou no HUPES durante os dois anos de residência. Ao final da residência, em 1964, após ser submetido a uma prova clínica, passou a ser instrutor de Ensino na Clínica Terapêutica, chefiada pelo prof. Heonir Rocha, que, no final da residência, o convidou para a função.

Como na época existia um convênio entre a Cornell University Medical College e a FMB, era possível o intercâmbio dos discentes entre estas universidades, assim, entre 1965 e 1967, ele realizou *fellowship* em Gastroenterologia na Cornell University Medical College em New York, no The New York Hospital com especialização em Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva. Apresentou o trabalho científico *Studies of Serum and Tissue Maltases in the rat* – orientado por dr. Marvin Sleisenger e dr. Elliot Weser – que, em 1969, foi publicado no *Gastroenterology*.

Iniciou sua carreira docente na FMB-UFBA e no HUPES em 1967, quando voltou ao Brasil, onde trabalhou como chefe da disciplina de Gastroenterologia; chefe do Ambulatório de Gastroenterologia; e chefe da Enfermaria de Clínica Médica, lecionando até os 70 anos de idade (2004), quando foi aposentado compulsoriamente por idade como professor adjunto. Mas, mesmo após a aposentadoria, continuou lecionando como professor convidado e participando das sessões clínicas de Gastroenterologia e Imunologia.

Ele nos contou que, por influência do prof. Gilberto Rebouças, passou a dedicar-se à Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva. Com quem, em 1964, ajudou a implantar a especialidade de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva no HUPES, com posterior adesão dos professores Hélio Araújo dos Santos e Luiz Guilherme Lyra. Na época, as doenças mais comuns no ambulatório de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva (disciplina: Ambulatório e Enfermaria) eram: esquistossomose mansônica, com suas complicações como hemorragia de varizes esofágicas; cardiopatia chagásica, com suas complicações como megaesôfago e mega cólon; parasitose intestinal; colite amebiana; abscesso amebiano hepático; *Strongyloides stercoralis* e outras parasitoses intestinais “Hoje, essas doenças são raras”, comenta o prof. Helito Bittencourt.

Em 1978, junto com Gilberto Rebouças, Hélio Araújo dos Santos e Luiz Guilherme Lyra, fundou o Instituto de Gastroenterologia e Hepatologia (IGH), que funcionou até dezembro de 2019. “*Formamos muitos especialistas, vez que médicos recém-formados passavam períodos atendendo clínica de Gastroenterologia*

*e/ou Endoscopia Digestiva, e os casos eram discutidos aos sábados pela manhã*”. (Helito Bittencourt)<sup>1</sup> Fora da docência implantou e chefiou o serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital São Rafael, desde a sua fundação e por muitos anos.

Com muito apreço, não poderia deixar de lembrar dos professores que foram importantes na sua formação, como o prof. Roberto Santos, que implantou a residência de Clínica Médica e Cirúrgica no HUPES, assim como outros professores: professores Heonir Rocha, Aluísio Prata, Adriano Pondé, Rodolfo Teixeira, Armênio Guimarães, Almério Machado, Fernando Carvalho Luz, Fernando Didier, Augusto Teixeira, o já citado prof. Gilberto Rebouças, e, posteriormente, o prof. Edgar Marcelino de Carvalho Filho, que contribuiu para os seus conhecimentos de Imunologia.

Helito Bittencourt reconhece que muita coisa mudou com a evolução da Medicina, sobretudo na parte de Virologia, Imunologia e exames propedêuticos. E, após todos esses anos de trajetória acadêmica e profissional, relembra com carinho vários professores de Gastroenterologia que trabalharam com ele nesses 60 anos de dedicação à Medicina, tanto no HUPES como no IGH, e no Hospital São Rafael: além do prof. Gilberto Rebouças, Hélio Araujo dos Santos e Luiz Guilherme da Costa Lyra, destacou também a profa. Helma Cotrim e os professores Igelmar Barreto Paes, Ramiro Robson Mascarenhas, Jorge de Carvalho Guedes, Marcos Clarêncio Batista Silva. E, mais um destaque, nas palavras dele: “*Prof. Raymundo Paraná Ferreira Filho e muitos outros médicos contribuíram com o seu saber e experiência na atualização do nosso conhecimento e no reconhecimento de colegas e pacientes*”. (Helito Bittencourt, informação verbal)

## **RESIDÊNCIA EM GASTROENTEROLOGIA NA BAHIA**

A Bahia sempre foi um pilar importante para a construção da história da Gastroenterologia do país. A formação e o aprimoramento constante de profissionais altamente capacitados em Gastroenterologia vêm contribuindo para a assistência à população local com queixas gastrointestinais nos diversos níveis de atenção em saúde no estado. O crescente desenvolvimento de trabalhos científicos robustos e a realização de diversos eventos como congressos, simpósios e seminários, desde os primórdios da instauração da especialidade em solo baiano, agregam sobremaneira à comunidade científica nacional e até mesmo internacional.

Em relação ao panorama nacional e regional, a Bahia constitui um dos estados do Nordeste com um número considerável de associados na entidade da

---

1 Entrevista realizada com o prof. Helito Mascarenhas Bittencourt em 1º de agosto de 2021.

especialidade, no caso a FGB. Atualmente, detém três importantes programas de residência médica em Gastroenterologia credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica: o Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos (COM-HUPES), o Hospital São Rafael e o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), que são destaques na formação de novos especialistas e subespecialistas na área.

## **HISTÓRIA DA HEPATOLOGIA: UMA SUBESPECIALIDADE?**

A história da Hepatologia no Brasil seguiu o rumo de outros países que desenvolveram essa especialidade. Nesse contexto, grandes profissionais da Medicina Interna – também chamada de Clínica Médica, especialidade que trata pacientes adultos geralmente em âmbito hospitalar – formaram, por conseguinte, grandes gastroenterologistas no país, que, por sua vez, lançaram diversos trabalhos e teses relacionadas às doenças do fígado e vias biliares – despertando interesse nas peculiaridades desse importante órgão anexo ao aparelho digestivo.

A Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH) completou, em 2021, 54 anos. Essa entidade foi fundada em 15 de março de 1967, na Santa Casa do Rio de Janeiro, pelo médico Thomaz de Figueiredo Mendes, em parceria com os outros importantes médicos do período: Waldemar Podkameni e Jorge de Toledo (do Rio de Janeiro), José Fernandes Ponte e Luiz Caetano da Silva (de São Paulo) e Nereu de Almeida Júnior (de Minas Gerais). Thomaz de Figueiredo – médico clínico, gastroenterologista e hepatologista – foi declarado o primeiro presidente da SBH. Figueiredo desenvolveu uma série de avanços na comunidade hepatológica durante a sua gestão: organizou congressos, jornadas e simpósios, criou o Serviço de Hepatologia da Santa Casa no Rio de Janeiro, publicou o boletim da SBH, chamado *O Fígado*. A primeira edição foi veiculada em 1968, com o trabalho “Metabolismo da Bilirrubina”, de autoria da influente professora Vera Maria de Niemeyer Ribeiro. Nesse boletim,

[...] havia a manifestação da esperança do transplante hepático e notícias do Simpósio Internacional de Hepatologia, realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP), entre 28 de julho e 02 de agosto de 1968. (HISTÓRIA..., c2022)

De 16 a 20 de novembro de 1969, aconteceu o I Congresso Brasileiro de Hepatologia organizado pela SBH, no Hotel Glória no município de Caxambu-MG, dirigido pelo professor Clementino Fraga Filho. Esse congresso apresentou grande impacto científico e social na época, pois conseguiu reunir grande entusiastas das doenças hepáticas no país. Alguns nomes que participaram do congresso



discorrendo temas importantes merecem ser citados, como Mitja Polack, José Daniel Lopes, Manlio B. Speranzini, Fernando Guerra Alvariz, Tomaz Imperatriz Pricolli, Renato Dani, Mário Barreto Correa Lima, Pedro Razo, José Carlos Vinhaes, Maria Adelaide Gonçalves Borges, Boavista Nery, Carlos Serapião, Oswaldo Gouveia, Nereu de Almeida Júnior, Dahir Ramos de Andrade, Gilberto Nagli, Henrique Walter Pinotti, Jorge Toledo, Célio Nogueira, Djalma Vasconcelos, Amauri Coutinho, Wilson Abrantes, Hernani Aboim, J. Fernandes Pontes, Moysés Mincis, Zilton Andrade e Sérgio Bigalho.

No mesmo período histórico (1968), o médico Silvano Raia fundou, em São Paulo, a Sociedade Latinoamericana de Hepatologia, conhecida atualmente como Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado (ALEH). A primeira reunião contou com a participação da Argentina, Brasil, Chile e Venezuela.

Embora estes países continuem a ter grande importância na organização da sociedade, houve uma expansão significativa dos países membros agora envolvendo vários países da América do Sul e América Central, com destaque para o México. (ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA PARA O ESTUDO DO FÍGADO, c2021)

Uma de suas principais missões, hoje, envolve a promoção de uma educação continuada e o desenvolvimento da Hepatologia em toda a América Latina a partir de um intercâmbio de vivências científicas diversas.

Edna Strauss, primeira mulher ex-presidente da Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH) na gestão 2003-2005, atuou fortemente na ALEH como secretária e presidente. Strauss foi peça fundamental para a realização e organização do Congresso Mundial de Fígado em 2004, na Bahia, junto com o hepatologista Luiz Lyra.

Professor Luiz Guilherme Costa Lyra graduou-se em 1965 pela FMB-UFBA. Fez residência no COM-HUPES, onde foi destaque como um grande docente no estado. Após 10 anos de formação médica, Lyra criou no COM-HUPES o primeiro ambulatório de Hepatologia, que serviu de pontapé para a criação de outros ambulatórios no serviço – também fundou o Ambulatório do Pâncreas e o Ambulatório da Doença Inflamatória Intestinal.

Doutor Raymundo Paraná, presidente da SBH (2009-2011), médico hepatologista formado pela UFBA. Atualmente, é professor titular da FMB-UFBA, chefe do serviço de hepatologia no Hospital Aliança e médico assessor da câmara técnica em Hepatites Virais – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e do Ministério da Saúde do Brasil. Sua gestão foi finalizada com a realização do Congresso Brasileiro de Hepatologia em Salvador (BA), marcado por um elevado número de participantes – mais de 1.500 congressistas e 30 convidados estrangeiros.

A SBH, ao longo dos anos lutou, para qualificar a Hepatologia como uma especialidade médica não exclusiva da Gastroenterologia. No dia 11 de abril de 2014, finalmente, foi divulgada no Diário Oficial da União a Resolução nº 14, de 8 de abril de 2019, que aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Hepatologia, reafirmando a Hepatologia como uma área de atuação da Clínica Médica, Gastroenterologia e Infectologia, sendo dessas especialidades três possíveis “pontos de partida” para o início da carreira como um especialista em Hepatologia.

## **REMUNERAÇÃO E MERCADO DE TRABALHO DO GASTROENTEROLOGISTA**

De acordo com dados disponibilizados pela consulta salário, vinculada ao Novo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), o médico gastroenterologista brasileiro recebe, em média, R\$ 5.514,83 para uma jornada de trabalho de aproximadamente 19 horas semanais. O salário pode variar em relação ao segmento exercido em uma empresa: atividades de associações de defesa de direitos sociais, atividades de atenção ambulatorial e atividades de atendimento hospitalar possuem uma média salarial específica para cada segmento. (GASTROENTEROLOGIA, c2019)

A faixa salarial do Médico Gastroenterologista fica entre R\$ 5.033,33 (média do piso salarial 2021 de acordos coletivos), R\$ 5.170,00 (salário mediana da pesquisa) e o teto salarial de R\$ 11.391,64, levando em conta o salário base de profissionais em regime CLT de todo o Brasil. (MÉDICO..., 2021)

No estado da Bahia, numa jornada de dez horas de trabalho, é destinado ao gastroenterologista um piso salarial de R\$ 2.374,56, uma média salarial de R\$ 2.601,72 e um teto de R\$ 3.931,79. “A gastroenterologia é a primeira opção para apenas 0,7% dos recém-formados em medicina no Brasil e, por isso, possui disponibilidade de vagas alta e concorrência baixa”. (GASTROENTEROLOGIA, c2019)

Nessa conjuntura, as perspectivas futuras são relativamente promissoras para um profissional bem formado.

A variedade de procedimentos realizados pelo médico gastroenterologista aumenta paulatinamente à medida que novas tecnologias são implantadas nos serviços de baixa, média e alta complexidade no país. À título de elucidação: biópsia hepática transparietal; cápsula endoscópica; colangiopancreatografia endoscópica retrógrada; colonoscopia; enteroscopia; endoscopia digestiva alta; fibroscan; manometria anorretal e biofeedback; manometria esofágica convencional e de alta resolução; pHmetria e impedanciometria esofágica de 24h; retossigmoidos-

copia; testes respiratórios (supercrescimento bacteriano, intolerância à lactose) e ultrassonografia de abdome superior são procedimentos e exames frequentemente utilizados nos campos de atuação gastroenterológica no Brasil – variando em relação às regiões, tanto em densidade populacional quanto em aparato tecnológico disponível. (GASTROENTEROLOGIA, c2019)

## INTRODUÇÃO DA ENDOSCOPIA E DA COLONOSCOPIA

A endoscopia e a colonoscopia são exames extremamente importantes dentro da Gastroenterologia. Eles ajudam no rastreamento e diagnóstico de lesões pré-malignas e de tumores do aparelho digestivo. A realização destes se tornou uma recomendação geral, devendo ser ajustada a cada paciente de acordo com seu antecedente clínico. Esses dois exames, a colonoscopia e a endoscopia, existem há cerca de cinco décadas. Aqui na Bahia, o HGRS é referência na realização desses exames gastrointestinais e foi o pioneiro na realização de tal feito na rede pública do estado. No HGRS, o Serviço de Endoscopia Digestiva e o Centro de Hemorragia Digestiva foi fundado assim que os exames de endoscopia e colonoscopia começaram a ser realizados. Esse serviço é credenciado pela Sociedade Brasileira de Endoscopia e reconhecido nacionalmente como o melhor da região Norte e Nordeste. Hoje, mais de 40 anos depois, o serviço de endoscopia e colonoscopia continua sendo referência em quantidade e qualidade de atendimentos.

### ENDOSCOPIA

A endoscopia digestiva alta é um exame realizado para avaliação das paredes internas dos órgãos. Geralmente é indicado para avaliação de vômitos frequentes e interrompidos, sensação de queimação, refluxo, dor e dificuldade para deglutição, além da investigação de neoplasias.

O exame consiste na introdução de um endoscópio pela boca do paciente, que segue desde a garganta até a porção inicial do intestino delgado. É necessário que o paciente passe por uma preparação antes do exame ser realizado, na qual o estômago da pessoa precisa estar completamente vazio para uma melhor visualização. Após essa fase de preparo, o endoscópio, um tubo fino com um *chip* inserido na ponta, é introduzido na cavidade oral do paciente. Através desse tubo, é possível visualizar o esôfago, estômago e duodeno. O *chip* localizado na ponta consegue fazer a captura de imagens e as exibe em tempo real. A partir disso, conseguimos identificar possíveis causas de desconforto abdominal, lesões e até mesmo a realização de biópsias. (HERNÁNDEZ GARCÉS, 2008)

O diagnóstico de algumas doenças como gastrite, hérnia de hiato e refluxo, doença ulcerosa péptica, infecção por *H. Pylori* e câncer podem ser dados através da realização do exame de endoscopia.

## COLONOSCOPIA

O exame de colonoscopia tem um mecanismo parecido com o da endoscopia: ambos contam com a ajuda de uma câmera para visualização interna dos órgãos. Enquanto na endoscopia, o endoscópio é inserido pela cavidade oral e tem como objetivo a visualização da parte digestiva alta, no exame de colonoscopia, o endoscópio é inserido pela cavidade anal e tem como foco a visualização do reto e cólon (intestino grosso) até o íleo terminal, parte final do intestino delgado. Durante a colonoscopia, é feita uma insuflação de ar para que as paredes do cólon se descolem e o endoscópio consiga passar.

O princípio do exame é o mesmo, o *chip* localizado na ponta do endoscópio captura imagens em tempo real das paredes dos órgãos e identifica a presença ou não de lesões, além da realização de biópsia quando necessário. É um procedimento que também ajuda na prevenção do câncer, já que consegue remover pólipos das paredes intestinais e estanca pequenos sangramentos que já estejam ativos. (SILVA et al., 2003)

## RELAÇÃO DA COVID-19 COM A GASTROENTEROLOGIA

O controle das doenças sempre se constituiu como um desafio à Medicina e à saúde pública. As grandes pandemias que ocorreram ao longo da história proporcionaram experiências e avanços na formulação de estratégias de controle a fim de evitar a morbimortalidade das doenças. Entretanto, a cada novo microrganismo, novos conhecimentos necessitaram ser explorados. Em dezembro de 2019, todo o mundo destinou sua atenção à notícia de que alguns indivíduos, em Wuhan, na China, apresentavam uma pneumonia de causa ainda desconhecida. Passado algum tempo de investigação, autoridades identificaram que se tratava de uma infecção por um vírus de uma família já conhecida – o coronavírus. Esse grande grupo já tinha feito protagonismo na história das enfermidades em humanos, porém a nova cepa viral (SARS-CoV-2) poderia causar desde um resfriado comum até condições mais graves como a síndrome respiratória aguda grave e entre outras alterações orgânicas que já levou a óbito mais de meio milhão de pessoas em todo o mundo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, c2021)

Atingindo uma disseminação global em 2020, a covid-19 alavancou uma corrida científica para se adquirir um conhecimento mais aprofundado dessa nova

cepa. Para além da tríade clássica de tosse, febre e dispneia, que foram descritos inicialmente como os principais sintomas da doença, os pacientes acometidos passaram a apresentar condições que incluíam eventos trombóticos, disfunção miocárdica e arritmias, alterações neurológicas, endoteliais, renais, bem como sintomas gastrointestinais, lesões hepatocelulares e entre outras manifestações. (GUPTA et al., 2020)

Com o avançar dos estudos, apontou-se que as formas de transmissão não se restringiam ao contato pessoa-pessoa através de gotículas virais suspensa no ar, mas havia a possibilidade de contágio através de transmissão hospitalar, por fômites (objeto inanimado ou substância capaz de transportar organismos infecciosos) ou oral-fecal, sendo que essa contaminação poderia também ocorrer no período prodromico e que uma maior taxa de transmissão parece ocorrer através dos indivíduos com manifestações clínicas mais leves. (GUPTA et al., 2020; MAGRO; ABREU; RAHIER, 2020) Ainda sobre os conhecimentos gerais que se tem até o momento, foi analisado que pacientes com alterações no sistema imune são mais propensos a manifestarem a doença de forma mais grave, e estes geralmente falecem por falência de múltiplos órgãos. Este dado explica a necessidade de classificação de grupos de risco (idosos, imunosuprimidos ou portadores de diabetes, doenças cardiovasculares, doença respiratória crônica), a fim de um maior cuidado em relação as estratégias de prevenção, uma vez que estes apresentam maiores riscos de infecção na forma grave e taxas de letalidade mais elevadas se comparados àqueles sem comorbidades. (GUPTA et al., 2020)

Como em outras especialidades médicas, a infecção pelo SARS-CoV-2 tem produzido diversos impactos na Gastroenterologia, na medida em que os sintomas gastrointestinais e lesões hepáticas apareceram com certa frequência nos pacientes positivos para a doença e cerca de um terço apresentaram sintomas gastrointestinais. (GUPTA et al., 2020; XIAO et al., 2020) Náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal, parece ter condicionado o prolongamento da doença em uma semana ou mais, em relação aos pacientes que não apresentaram sintomas gastrointestinais. (GUPTA et al., 2020; NOBEL et al., 2020; REDD et al., 2020)

Pesquisadores analisaram, através de endoscopia digestiva alta, o tecido esofágico, gástrico, duodenal e retal de pacientes com teste positivo para covid-19 que manifestaram sintomas gastrointestinais, encontrando a presença do receptor viral dos hospedeiros, a enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2). (XIAO et al., 2020) Este receptor está presente em órgãos do corpo humano e tem sido o responsável pela entrada do vírus nas células, o que produz dano viral direto aos tecidos e provocam alterações diversas ao organismo. (GUPTA et al., 2020; SUNGNAK et al., 2020; XIAO et al., 2020) Quando explorado a quantidade desses receptores no sistema gastrointestinal, foi encontrado um número importante de ACE2 nos

enterócitos absortivos do íleo e cólon e nas vias biliares, podendo ser superior à quantidade existente nas células pulmonares. (SUNGNACK et al., 2020; ZHANG et al., 2020) Logo, o aparecimento dos principais sintomas gastrointestinais pode ser compreendido pela afinidade que o vírus tem pelas proteínas ACE2 e dano viral direto às células que desencadeia alterações imunológicas e inflamação ao tecido. (GUPTA et al., 2020; MAO et al., 2020; NOBEL et al., 2020; REDD et al., 2020)

A fim de compreender a interação do vírus com a Gastroenterologia, estudiosos utilizaram modelos de enterócitos humanos submetendo-os ao vírus em uma cultura. (LAMERS et al., 2020) Após 24 horas de incubação, foi possível observar componentes virais na célula e, após 60 horas, perceberam o aumento do número de células infectadas, revelando ainda que apenas as células intestinais mais maduras, que expressam ACE2, foram infectadas. A entrada do vírus SARS-CoV-2 nas células intestinais depende, como já citado, do receptor ACE2, mas também da serina-protease transmembranar 2 (TMPRSS2). (SUNGNACK et al., 2020) A proteína ACE2 atua juntamente com transportador de aminoácidos neutros contribuindo para a regulação da homeostase microbiana.

Ademais, foi apontado que, para além da serina-protease transmembranar do tipo 2, existe outra serina-protease transmembranar do tipo 4 e as duas podem clivar o complexo formado entre a proteína viral Spike e a proteína ACE2, sendo esta clivagem uma etapa importante para a entrada do vírus na célula. (ZHANG et al., 2020) No processo da clivagem, ocorre a fusão das membranas e o fato de coexistir duas proteínas que atuam em conjunto faz com que o grau de infecciosidade do vírus nas células epiteliais do intestino aumente, sugerindo que há uma maior proliferação do coronavírus no intestino. (ZHANG et al., 2020) Análises feitas em fezes de pacientes acometidos, apontaram que os vírus podem durar de 1 a 12 dias, e em torno de 23% dos pacientes permaneceram com a presença de partículas virais nas fezes após mostrarem resultados negativos nas amostras respiratórias. (XIAO et al., 2020)

O fígado e as células das vias biliares também são alvos da covid-19 ao expressarem o receptor ACE2, embora detenham um número menor de manifestações durante a doença. (MAGRO; ABREU; RAHIER, 2020) Quanto às lesões hepáticas provocadas pelo vírus, observaram alterações bioquímicas que apontam o aumento das aminotransferases em cerca de 14% a 53% dos casos, embora alguns pacientes apresentem níveis normais, e parece haver uma relação direta sobre a elevação com a gravidade da doença. (GARRIDO; LIBERAL; MACEDO, 2020; MAGRO; ABREU; RAHIER, 2020) Além disso, os níveis de bilirrubinas podem juntamente estar alterados a depender do grau da lesão hepática, embora lesões hepáticas significativas sejam raras. (GARRIDO; LIBERAL; MACEDO, 2020) A gama-glutamil-transferase (GGT) também pode estar elevada, enquanto os níveis de fosfatase alcalina (FA) raramente é alterada. (MAGRO; ABREU; RAHIER, 2020)

Diante da covid-19 se apresentar agora como diagnóstico diferencial nesses pacientes, foi levantada a hipótese de uma possível correlação entre gravidade das manifestações com doenças hepáticas pré-existentes, incluindo hepatites virais, cirrose hepática ou até mesmo em pacientes transplantados e que faziam uso de imunossuppressores. No entanto, foi visto que ser portador de algumas dessas condições não aumenta o risco para covid-19 e nem altera a probabilidade de gravidade da doença. Esta mesma conclusão foi adicionada ao risco de gravidade para doenças inflamatórias intestinais, como doença de Chron ou retocolite ulcerativa, não havendo associação. (MAGRO; ABREU; RAHIER, 2020) Ademais, a terapia medicamentosa para a doença tem despertado a curiosidade das implicações agudas ou crônicas se tratando da hepatotoxicidade de algumas drogas. (GARRIDO; LIBERAL; MACEDO, 2020)

Certamente, há muito ainda o que se descobrir sobre o SARS-CoV-2. A pandemia trouxe avanços inquestionáveis à ciência, à Medicina e às suas subespecialidades. Compreender a relação de parasitismo intracelular obrigatório do vírus com o organismo humano e o poder de contágio e disfunção orgânica traz a reflexão do quão complexo são os cuidados que se deve ter, partindo desde as condutas individuais até o coletivo a fim de que novos casos sejam prevenidos. De fato, a história da Gastroenterologia será marcada por essa era de descobertas e redescobertas.

## **AS DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS E A GASTROENTEROLOGIA**

As doenças psicossomáticas estão presentes na sociedade desde os tempos mais primórdios. No século V a.C., Alcmeon de Crotona foi a primeira pessoa a argumentar que o cérebro é responsável pela origem das sensações e que a saúde é o resultado do equilíbrio entre forças, tais como frio/quente, úmido/seco. No *Corpus Hippocraticum*, uma coletânea de tratados da Grécia Clássica, há uma doutrina direcionada para uma preocupação com os doentes maior do que a atenção dedicada à própria doença, esta doutrina é voltada para tratar o corpo, porém sem deixar de cuidar da alma, já que não há uma distinção estabelecida entre esses dois elementos. Porém, o termo “psicossomático” só foi incorporado realmente na Medicina em 1818, por Helmholtz, com o objetivo de designar, naquela época, as doenças somáticas (do corpo) que se manifestavam tendo como fator etiológico os aspectos mentais. (SILVA, L., 2016)

Na sociedade contemporânea, com seu padrão de vida acelerado, os indivíduos geralmente vivem constantemente atarefados e, por consequência, apresentam um nível de estresse quase sempre elevado, passando a desenvolver cada vez mais as doenças que já eram mencionadas no passado distante e que

possuem uma estreita relação entre a mente, as emoções e o corpo físico. Hoje, entende-se que as doenças psicossomáticas são transtornos psíquicos, ocasionados por problemas emocionais e que se manifestam como doenças orgânicas, podendo se expressar nos diversos sistemas do organismo humano, mas o trato gastrointestinal é um dos locais mais acometidos por essa enfermidade. (CABRAL et al., 1997)

O estresse e as doenças de cunho emocionais, tais como depressão e ansiedade, possuem um papel relevante nas alterações das interações cérebro-intestinais, resultando no desenvolvimento das doenças funcionais gastrointestinais. Estas patologias são bastante prevalentes e compreendem um grupo variado de distúrbios que se caracterizam por sintomas que evidenciam comprometimento relacionado aos órgãos que compõem o trato gastrointestinal, mas que, no entanto, não existem evidências que apontem alterações clínicas e/ou laboratoriais que expliquem tais sintomatologias. (SILVA, R., 2018)

Dentre as patologias relacionadas a distúrbios psicossomáticos que acometem o trato gastrointestinal, a dispepsia funcional merece destaque, já que é um dos distúrbios gastrointestinais funcionais recorrentes na prática clínica e que, por sua característica recidivante, afeta expressivamente a qualidade de vida dos pacientes. Esta patologia é caracterizada por um quadro de dor e/ou desconforto persistente ou recorrente na região superior do abdome (epigástrico), sinais de má digestão (plenitude pós-prandial, sensação de peso em região abdominal e distensão gástrica), saciedade precoce e eructações frequentes. Porém, quando se parte para a investigação diagnóstica, não se nota alterações no exame físico, bem como não há evidência de anormalidades metabólicas e/ou estruturais subjacentes que sejam suficientes para explicar o quadro clínico. (DANI; PASSOS, 2011)

A dispepsia funcional é um diagnóstico de exclusão, sendo assim só pode ser estabelecido após as patologias mais comuns que causam dispepsia serem descartadas. Ela é diagnosticada e classificada através dos Critérios de Roma IV. Segundo este consenso, a dispepsia funcional é definida como a presença de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: dor epigástrica, plenitude pós-prandial, saciedade precoce e queimação estomacal, sendo que, necessariamente, eles devem se apresentar nos últimos três meses, com início há pelo menos seis meses. Além disso, para que o paciente seja diagnosticado com dispepsia funcional, não deve apresentar nenhuma evidência de doença gástrica ou duodenal identificável no exame de endoscopia digestiva alta que tenha a capacidade de explicar tal sintomatologia. (DANI; PASSOS, 2011)

Ademais, os critérios de Roma também são utilizados para caracterizar a dispepsia funcional em duas síndromes clínicas diferentes, que são a síndrome da dor epigástrica e a síndrome do desconforto pós-prandial. A primeira é caracte-



rizada por dor ou queimação no epigástrio, intermitente, não generalizada, com ausência de irradiação, pelo menos uma vez na semana, nos últimos três meses, e que não melhora após a defecação ou eliminação de flatos. A segunda é caracterizada por sintomas desencadeados pelas refeições, e é necessário a presença de pelo menos um dos critérios a seguir:

- Empachamento pós-prandial, que ocorre necessariamente após refeições habituais e que tenha ocorrido várias vezes por semana, nos últimos três meses.
- Saciedade precoce, que impossibilita o término normal das refeições, ocorrendo várias vezes por semana, nos últimos três meses.

O tratamento dos portadores de dispepsia funcional se dá através de uma abordagem ampla e global, cujo objetivo é identificar os fatores desencadeantes ou agravantes dos sintomas relatados por cada paciente. Uma grande parcela dos enfermos apresenta melhora com mudanças simples no estilo de vida e adoção de hábitos mais saudáveis, como uma dieta balanceada, sempre tentando evitar alimentos com um maior teor de gordura, condimentos, ácidos e café. É indicado, também, não se deitar nas primeiras duas horas após as refeições, fracionar a alimentação e perder peso. A prática de atividade física regular, a redução do uso do cigarro e do álcool, bem como a realização de exercícios de relaxamento também são considerados fatores de melhora. Em relação ao tratamento medicamentoso, o seu objetivo é principalmente amenizar o sintoma predominante, a estratégia terapêutica depende bastante da natureza e da intensidade dos sintomas, bem como do grau de comprometimento funcional e dos fatores psicossociais envolvidos. (DANI; PASSOS, 2011)

Uma outra patologia de origem psicossomática que acomete o trato gastrointestinal é a síndrome do intestino irritável. Essa enfermidade é um dos distúrbios gastrointestinais mais frequentes e é caracterizada como uma doença funcional crônica, de caráter recidivante e que é definida por critérios diagnósticos baseados em sintomas, na ausência de causas orgânicas detectáveis. Manifesta-se clinicamente através de dor ou desconforto abdominal, acompanhado de alterações no hábito intestinal que se dão através de episódios de diarreia e constipação, podendo haver alternância entre estes últimos sintomas. Além destes, pode haver presença também de muco nas fezes, urgência retal, distensão abdominal e flatulência (gases). (ZAATERKA; EISIG, 2016)

O diagnóstico da síndrome do intestino irritável é essencialmente clínico, já que não é possível notar anormalidades físicas, ou achados radiológicos, laboratoriais e endoscópicos sugestivos de doença orgânica. O material dos Critérios de Roma IV é uma ferramenta utilizada como forma de auxiliar no diagnóstico.

Para que um paciente seja classificado como portador da síndrome do intestino irritável, através deste instrumento, é necessário que ele apresente dor abdominal recorrente, pelo menos uma vez por semana, durante os últimos três meses, associada a dois ou mais dos seguintes critérios: relacionada com a defecação; associada à alteração na frequência das fezes; associada à alteração na forma (aparência das fezes). Sendo que o início dos sintomas deve ocorrer há pelo menos seis meses. (VASCONCELOS, 2016)

Além de diagnosticar a síndrome do intestino irritável, os Critérios de Roma IV são utilizados também para classificar os pacientes em quatro subtipos distintos:

- síndrome do intestino irritável com obstipação – Quando o paciente apresenta menos de três evacuações por semana, fezes duras ou irregulares e esforço para evacuar;
- síndrome do intestino irritável com diarreia – Quando o paciente apresenta mais de três evacuações por dia, sensação de evacuar com urgência e fezes aquosas;
- síndrome do intestino irritável misto – Quando o paciente apresenta períodos intercalados de fezes duras com fezes moles e soltas, podendo alternar entre horas ou dias;
- síndrome do intestino irritável não classificado – Quando o paciente não apresenta um padrão de fezes que permita classificar em nenhum dos subtipos anteriores.

O tratamento da síndrome do intestino irritável deve ser individualizado, levando em consideração os sintomas relatados e os fatores que predisõem o seu aparecimento e/ou agravamento. O uso de medicamentos é indicado apenas para as fases sintomáticas, e o tempo de uso dependerá da duração dos sintomas. Mudanças no estilo de vida, como realização de atividade física regular e técnicas de relaxamento, são atividades que trazem potenciais benefícios para os pacientes. Nenhuma dieta específica é recomendada, porém é interessante que o paciente faça uma alimentação pobre em gorduras e reduza o consumo de alimentos produtores de gases, principalmente quando há queixas de distensão abdominal e flatulência. (ZAATERKA; EISIG, 2016)

## **GASTROENTEROLOGIA E O SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta três níveis de complexidade interrelacionados, sendo o primeiro nível considerado o mais importante, pois tem como

princípio ser o “primeiro acesso”. É nesse nível, representado pelas Unidades Básica de Saúde (UBS), que ocorre o primeiro contato médico-paciente para avaliação e um possível encaminhamento para o nível secundário, no qual há as principais especialidades, como a Gastroenterologia. Dessa forma, um paciente qualquer que chegue na Unidade de Saúde da Família (UFS) Imbuí, por exemplo, com sintomas e sinais relacionados à Gastroenterologia, caso julgado como necessário, será encaminhado para um centro de maior complexidade, como o HGRS, onde encontrará especialista capacitados e métodos diagnósticos, como exames laboratoriais diagnósticos, muito importantes para detectar possíveis alterações sanguíneas, além de exames de imagens muito precisos como endoscopia digestiva, colonoscopia, tomografia computadorizada e outros. (MACEDO; MARTIN, 2014)

Outra forma que o cidadão soteropolitano tem para conseguir solucionar seus possíveis sintomas é a rede privada. Nela, não há a necessidade de um primeiro contato para, somente depois, um encaminhamento e diagnóstico mais complexo, isso porque esse contato se dá diretamente com um especialista. Assim, fica claro as diferenças de como conseguir um atendimento com especialista pela rede privada e pelo SUS. No entanto o problema maior é que, no SUS, a fila de espera normalmente é muito grande e a estrutura nem sempre é a adequada, já na rede privada os custos arcados pelo paciente são bem elevados, especialmente se o profissional não consegue realizar o diagnóstico clinicamente, tendo que recorrer a métodos complementares. Portanto, é de suma importância que o paciente esteja consciente dessas diferenças e dos problemas para escolher de acordo com sua necessidade e condição. (MACEDO; MARTIN, 2014)

Ademais, uma outra forma de acessar um especialista é no pronto-socorro de grandes centros, pois é muito comum emergências relacionadas à Gastroenterologia. Casos de hemorragia digestivas, especialmente altas, são muito frequentes e, segundo dados epidemiológicos, é responsável por cerca de 1% a 2% dos casos de internação no Brasil, tendo uma mortalidade que gira em torno de 10%. Além das hemorragias digestivas, os quadros de abdome agudo são muito recorrentes nas emergências, representando cerca de 5% a 10% dos atendimentos no Brasil. (ZALTMAN et al., 2002)

Essas informações são muito importantes e é necessário que todo cidadão as conheça para poder usufruir, sempre que necessário, desses recursos disponibilizados pelo SUS gratuitamente e para saber o que irá encontrar caso decida consultar-se na rede privada.

Além da disponibilização de profissionais capacitados, o SUS oferece um excelente sistema de imunização baseado em vacinas. No caso da prevenção da hepatite B e D – uma única vacina – e da hepatite A, por exemplo, o SUS oferece as vacinas de forma gratuita para a imunização das patologias a todos os cidadãos,

bastando, apenas, direcionar-se a um posto de saúde para realizar a imunização. (VACINAS, 2007)

Outro ponto que deve ser mencionado é a disponibilização de tratamentos específicos como a reposição enzimática em quadros de pancreatite crônica, em que o paciente perde a capacidade de produzir as enzimas pancreáticas e para tratamento de hepatite B e C, que apresenta eficácia de cerca de 95%. Outros tratamentos também são disponibilizados, mas em menor escala, e estarão disponíveis de acordo com a demanda de cada região, cabendo, pois, ao paciente procurar um ponto de atendimento que atenda às suas necessidades. (BRASIL, [2021])

Além disso, uma das principais formas de tratamento das patologias, não só na Gastroenterologia, é a medicação, e para tal o SUS disponibiliza uma grande variedade de medicações para as mais diversas patologias. No caso de medicações para tratar as doenças gastrointestinais, tem-se disponível, por exemplo, a amoxicilina e claritromicina, dois antibióticos que são usadas no tratamento da bactéria *H. pylori*, que é muito frequente no Brasil, além de inúmeras outras medicações, como omeprazol e domperidona. No entanto, o problema está na disponibilidade, uma vez que, normalmente, a falta desses é constante nos mais diversos hospitais, por conta de vários fatores administrativos. (BAHIA, 2021)

Portanto, mesmo se tratando no SUS, é comum a necessidade de arcar com custos de medicações e de alguns procedimentos, isso por conta, principalmente, de uma estrutura social baseada na má gestão dos recursos, especialmente no que tange à saúde pública.

## REFERÊNCIAS

ARAI, A. E.; GALLERANI, S. M. C. *Uso crônico de fármacos inibidores da bomba de prótons: eficácia clínica e efeitos adversos*. 2011. Monografia (Especialização em Farmacologia) – Centro Universitário Filadélfia, Londrina, 2011.

ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA PARA O ESTUDO DO FÍGADO. *História: Associação Latino-Americana para o estudo do Fígado*. Santiago, c2021. Disponível em: <https://alehlatam.org/pt-br/nos/historia/>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde. *Assistência farmacêutica*. Salvador, 2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/medicamentos/>. Acesso em: 17 jul. 2021.

BERCI, G.; FORDE, K. A. History of endoscopy: what lessons have we learned from the past? *Surgical Endoscopy*, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 5-15, 2000.

- BITTENCOURT, C. Vacina contra hepatite A passa a ser oferecida pelo SUS. *UNA-SUS*, Brasília, DF, 29 jul. 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/vacina-contr-hepatite-passa-ser-oferecida-pelo-sus>. Acesso em: 2 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 14, de 8 de abril de 2019. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Hepatologia. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 156, n. 70, p. 205, 11 abr. 2019. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/KujrwOTZC2Mb/content/id/71090951/doi-2019-04-11-resolucao-n-14-de-8-de-abril-de-2019-71090879](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwOTZC2Mb/content/id/71090951/doi-2019-04-11-resolucao-n-14-de-8-de-abril-de-2019-71090879). Acesso em: 18 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Hepatite B*. [Brasília, DF, 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hv/o-que-sao-hepatites/hepatite-b>. Acesso em: 2 ago. 2021.
- CABRAL, A. P. T. *et al.* O estresse e as doenças psicossomáticas. *Revista de Psicofisiologia [da] UFMG*, [Belo Horizonte], v. 1, n. 1, 1997. Disponível em: <http://labs.icb.ufmg.br/lpf/mono1.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- DANI, R.; PASSOS, M. do C. F. *Gastroenterologia essencial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- DE GROEN, P. R. History of endoscope [scanning our past]. *Proceedings of the IEEE*, [s. l.], v. 105, n. 10, p. 1987-1995, 2017.
- DICKE, W. K. *Coeliac disease: investigation of the harmful effects of certain types of cereal on patients with coeliac disease*. 1950. Thesis (Doctorat of Medicine) – University of Utrecht, Utrecht, 1950.
- DOGLIETTO, F. *et al.* Brief history of endoscopic transsphenoidal surgery, from Philipp Bozzini to the First World Congress of Endoscopic Skull Base Surgery. *Neurosurgical Focus*, [s. l.], v. 19, n. 6, E3, 2005.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA. *Estatuto da Federação Brasileira de Gastroenterologia*. São Paulo, 14 maio 2021. Disponível em: <https://fbg.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Estatuto-FBG-2021-.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- GARRIDO, I.; LIBERAL, R.; MACEDO, G. Artigo de revisão: Covid-19 e doença hepática – o que sabemos em 1º de maio de 2020. *Epub*, v. 52, n. 2, p. 267-275, 2020.
- GASTROENTEROLOGIA. *Soul Medicina*. [S. l.], c2019. Disponível em: <https://www.soulmedicina.com.br/carreira-medicina/23/gastroenterologia/>. Acesso em: 18 jul. 2021.
- GROSS, S.; KOLLENBRANDT, M. Technical evolution of Medical Endoscopy. *In: INTERNATIONAL STUDENT CONFERENCE ON ELECTRICAL ENGINEERING*, 13., 2009, Prague. *Proceedings [...]*. Prague: [s. n.], 2009.
- GUPTA, A. *et al.* Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nature Medicine*, New York, v. 26, p. 1017-1032, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0968-3>. Acesso em: 19 jul. 2021.

- HERNÁNDEZ GARCÉS, H. R. *Manual endoscopia digestiva superior diagnóstica*. Havana: La Habana, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-687594>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- HISTÓRIA da Medicina. *Revista Ser Médico*, São Paulo, v. 63. São Paulo, p. 36-38, jun. 2013.
- HISTÓRIA da SBH. *Sociedade Brasileira de Hepatologia*, São Paulo, c2022. Disponível em: <https://sbhepatologia.org.br/a-sociedade/historia-da-sbh/>. Acesso em: 17 jul. 2021.
- JACOBINA, R. R. Galeria dos Professores encantados da Faculdade de Medicina da Bahia. In: JACOBINA, R. 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. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 2013. v. 3. p. 1-9. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/institucional/historico/professores-encantados>. Acesso em: 12 jul. 2021.
- LAMERS, M. M. *et al.* SARS-CoV-2 productively infects human gut enterocytes. *Science*, Washington, DC, v. 369, p. 50-54, 2020.
- MACEDO, L. M. de; MARTIN, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 647-660, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0597>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- MAGRO, F.; ABREU, C.; RAHIER, J.-F. The daily impact of COVID-19 in gastroenterology. *United European Gastroenterology Journal*, [London], v. 8, n. 5, p. 520-527, 2020.
- MAKING gastrointestinal diagnostics easier to digest. *European Patent Office*, Munich, 2011. Disponível em: <http://www.epo.org/learning-events/european-inventor/finalists/2011/iddan.html>. Acesso em: 29 maio 2017.
- MALAFAIA, O.; MENEGHEELLI, U. G. (org.). *Federação Brasileira de Gastroenterologia: relatos históricos de seus 60 anos, 1949-2009*. Curitiba: Artes & Textos, 2009.
- MAO, R. *et al.* Manifestations and prognosis of gastrointestinal and liver involvement in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, London, v. 5, n. 7, p. 667-678, 2020.
- MÉDICO Gastroenterologista – Salário 2021 e Mercado de Trabalho em Medicina com Especialização em Gastroenterologia. *Portal Salário.com.br*, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.salario.com.br/profissao/medico-gastroenterologista-cbo-225165/>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- MORAES FILHO, J. P. P. Setenta anos da fundação da FBG. *Revista FBG*, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 3-4, 2019.

NOBEL, Y. R. *et al.* Gastrointestinal symptoms and coronavirus disease 2019: a case-control study from the United States. *Gastroenterology*, [Bethesda], v. 159, n. 1, p. 373-375, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.017>. Acesso em: 21 jul. 2021.

REDD, W. D. *et al.* Prevalence and characteristics of gastrointestinal symptoms in patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in the United States: a multicenter cohort study. *Gastroenterology*, [Bethesda], v. 159, n. 2, p. 765-767, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.045>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SCHEFFER, M. *et al.* *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2020.

SIFFERT, E. *Relatos históricos de seus 60 anos*: Federação Brasileira de Gastroenterologia. Curitiba: Artes & Textos, 2009.

SILVA, E. J. *et al.* Colonoscopia: análise crítica de sua indicação. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 77-81, abr./jun. 2003. Disponível em: [http://www.sbcpro.org.br/pdfs/23\\_2/02.pdf](http://www.sbcpro.org.br/pdfs/23_2/02.pdf). Acesso em: 16 jul. 2021.

SILVA, L. T. L. da. Origens da psicossomática e suas conexões com a Medicina na Grécia antiga. *Analytica*, São João del-Rei, v. 5, n. 8, p. 49-79, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v5n8/04.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

SILVA, R. M. da. Somatização, conversão e psicossomatização: a Dialética de uma breve história do transtorno somático. *Psicologia.pt*, [s. l.], 7 out. 2018. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1249.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. *Quem somos*. São Paulo, c2021. Disponível em: <https://www.sobed.org.br/a-sobed/quem-somos/>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SPANER, S. J.; WARNOCK, G. L. A brief history of Endoscopy, Laparoscopy, and Laparoscopic surgery. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, [s. l.], v. 7, n. 6, p. 369-373, 2009.

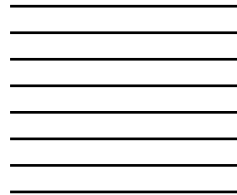
STRAUSS, E. *Histórias da Hepatologia*: Dra Edna Strauss. [S. l.]: Sociedade Brasileira de Hepatologia, 8 mar. 2021. 1 vídeo (3 min 10 s). Disponível em: <https://sbhepatologia.org.br/noticias/historias-da-hepatologia-dra-edna-strauss/>. Acesso em: 17 jul. 2021.

STRAUSS, E. *et al.* *Programa de residência médica em gastroenterologia*: critérios essenciais. Hepatologia 3. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2005. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://portal.mec.gov.br/docman/agosto-2010-pdf/6513-hepatologia-sesu-rm&ved=2ahUKEwi7vbrX8PLxAhXbHrkGHdhMBL8QFnoECAoQAQ&usg=AOvVaw1Dgl-\\_2Vsu9gmGoNdCs7ue](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://portal.mec.gov.br/docman/agosto-2010-pdf/6513-hepatologia-sesu-rm&ved=2ahUKEwi7vbrX8PLxAhXbHrkGHdhMBL8QFnoECAoQAQ&usg=AOvVaw1Dgl-_2Vsu9gmGoNdCs7ue). Acesso em: 18 jul. 2021.

- SUNGNACK, W. *et al.* SARS-CoV-2 entry factors are highly expressed in nasal epithelial cells together with innate immune genes. *Nature Medicine*, New York, v. 26, n. 5, p. 681-687, 2020.
- TAVARES-NETO, J. *Formandos de 1812 a 2008 pela Faculdade de Medicina da Bahia*. Feira de Santana: Academia de Medicina de Feira de Santana, 2008.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Processo n. 23066.019850/03-93*. Título de Prof. Emérito. Salvador, 2003.
- VACINAS. *Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Dicas de Saúde*, dez. 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/51vacinacao.html>. Acesso em: 2 ago. 2021.
- VASCONCELOS, H. *Distúrbios funcionais do intestino*. Herdade dos Salgados, 19 abr. 2018. Disponível em: [https://www.updatedeclinica.com/arquivo/UPDATE2018\\_Dist%C3%BArbiosfuncionaisdointestino\\_Helena-Vasconcelos.pdf](https://www.updatedeclinica.com/arquivo/UPDATE2018_Dist%C3%BArbiosfuncionaisdointestino_Helena-Vasconcelos.pdf). Acesso em: 15 jul. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Coronavirus disease (COVID-19) weekly epidemiological update and weekly operational update*. New York, c2021. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>. Acesso em: 17 jul. 2021.
- XIAO, F. *et al.* Evidence for Gastrointestinal Infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology*, [Bethesda], v. 158, n. 6, p. 1831-1833, 2020.
- YAMAMOTO, H. *et al.* Total enteroscopy with a nonsurgical steerable double-balloon method. *Gastrointest Endosc*, [s. l.], v. 53, n. 2, p. 216-220, Feb. 2001.
- ZAATERKA, S.; EISIG, J. N. (ed.). *Tratado de gastroenterologia da graduação a pós-graduação*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.
- ZALTMAN, C. *et al.* Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records. *Arquivos de Gastroenterologia*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 74-80, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032002000200002>. Acesso em: 29 set. 2021.
- ZHANG, H. *et al.* Digestive system is a potential route of COVID-19: an analysis of single-cell coexpression pattern of key proteins in viral entry process. *Gut*, [s. l.], v. 69, n. 6, p. 1010-1018, 2020.







## 8

# HISTÓRIA DA CARDIOLOGIA

*Bianca Aparecida Colognese*  
*Bruno Bonfim da Silveira*  
*Jôbert Pôrto Florêncio*  
*Letícia Agnes de Araújo Lopes*  
*Samille Santos Oliveira*  
*Taís Sousa Macêdo*  
*Vitor Queiroz de Castro Souza*

### HISTÓRIA DA CARDIOLOGIA NO BRASIL

O Período Joanino foi marcado com a vinda do rei d. João VI e a corte portuguesa para o Brasil no mês de fevereiro de 1808. Nesse período, surgiu a necessidade de compreender o corpo e suas enfermidades com o surgimento da primeira escola de nível superior e primeira escola de Medicina no país: Escola de Cirurgia na Bahia, atualmente denominada Faculdade de Medicina da Bahia (FMB). (FENELON, 2016) Em novembro do mesmo ano, com a mudança da família real para o Rio de Janeiro, é fundada a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro que atualmente é conhecida como Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). (REIS, 1986)

Dessa forma, a chegada da família real inicia um importante legado para a educação e desenvolvimento da ciência da nação brasileira. Afinal, era importante ter médico e desenvolver a ciência onde a elite da sociedade necessita de cuidados.

Nesse momento, a Medicina caminhava a passos curtos e ainda não havia médicos cardiologistas como conhecemos hoje. O profissional que cuidava do coração era o mesmo que cuidava de todo o restante do corpo. Além disso, a precariedade tecnológica da época tornava comum o diagnóstico da doença no estudo *post mortem* do paciente ao correlacionar a clínica apresentada com os achados anatômicos e patológicos desse estudo. Com o tempo e o avançar dos conhecimentos sobre a fisiopatologia das doenças, o diagnóstico se baseou a partir de achados clínicos, por vezes laboratoriais, por exames de imagem e por escores estabelecidos. Esse padrão é bem-visto até os dias atuais. (BYNUM; LAWRENCE; NUTTON, 1985; FOUCAULT, 1977)

E não foi só na abordagem para o diagnóstico que se perceberam mudanças. A Primeira Guerra Mundial foi um marco extremamente importante para a abordagem clínica e epidemiológica da Cardiologia no mundo uma vez que as enfermidades cardiovasculares eram fatais para os soldados da época. Eles eram acometidos pelo que se conhecia de *disordered action of the heart* (DAH), uma condição confirmada durante as avaliações *post mortem* dos corações desses soldados. Como alterações percebidas, observava-se hipertrofia ventricular, dilatação aórtica e degeneração valvar. Acreditava-se na época que a grande causa eram as roupas pesadas que limitavam o funcionamento cardíaco normal além da sobrecarga de trabalho. Em busca dessa comprovação, o médico britânico James Mackenzie, em seus estudos com outros pacientes, analisou que essas alterações não eram percebidas apenas em soldados e, com isso, aconselhou que o exame físico cardiológico fosse sistematizado e realizado em todas as pessoas, com o objetivo de descentralizar o cuidado da patologia e abranger em todos os pacientes. (HOWELL, 1985; LAWRENCE, 1985)

Em virtude de tamanho entusiasmo sobre a ciência e através do desenvolvimento do ensino médico, o Brasil seguiu o exemplo da evolução da ciência no mundo e, a partir disso, surgem nomes de grande expressão para a história da Cardiologia nacional. O dr. Dante Pazzanese é uma grande personalidade nessa história: pioneiro na organização do serviço de eletrocardiografia na Faculdade de Medicina de São Paulo, ministrou cursos de Cardiologia por todo o país, criando o serviço de Cardiologia no Hospital Municipal em 1937. (CÂMARA FILHO, 2019) Fez estágio nos Estados Unidos e teve papel na organização do Instituto de Cardiologia do Estado de São Paulo. Hoje, essa fundação é conhecida como Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), o qual surgiu com a Lei nº 2.552 no ano de 1954 na cidade de São Paulo. (CÂMARA FILHO, 2019)

Ao reconhecer a necessidade de propagar os conhecimentos e desenvolver a Cardiologia, o dr. Dante Pazzanese, aliado a outros 111 sócios, fundou a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em 1943 com a visão de ser uma referência mundial. (CÂMARA FILHO, 2019) Nos dias atuais, trata-se da maior sociedade de Cardiologia latino-americana. Em sua inauguração, algumas finalidades foram descritas para nortearem o futuro da Sociedade médica (LUNA, 1993):

1. estudar e discutir os assuntos relativos à Cardiologia e realizar, anualmente, uma reunião na cidade escolhida pela reunião anterior;
2. promover a reunião dos cardiologistas brasileiros;
3. publicar anualmente os Arquivos de Cardiologia;
4. criar um fichário cardiológico para que os sócios possam consultar, pessoalmente ou por escrito;
5. sugerir e solicitar dos poderes competentes as medidas referentes à saúde pública e dar parecer sobre questões cardiológicas;
6. manter correspondência com as congêneres estrangeiras.

Para abranger o máximo das regiões do Brasil, todos os anos as reuniões eram realizadas em lugares diferentes do país, alavancando discussões de grandes temas envolvidos na especialidade médica. A partir do ano de 1954, esses encontros passaram a ser conhecidos como congressos. Sendo assim, o XI Congresso Brasileiro de Cardiologia, primeiro dessa forma denominado, ocorreu na cidade de Salvador e o grande foco dos debates foi a doença de Chagas por conta da alta gravidade da doença e alto índice de mortalidade. (SOUZA, 2017)

Desde sua origem, havia o objetivo de criar um periódico oficial para divulgação dos grandes estudos produzidos no território nacional. Entretanto, em vigência de problemas financeiros, o *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* apenas foi inaugurado em 1948, sendo um marco extremamente importante para a Cardiologia como especialidade médica. (LUNA, 1993) Sendo assim, a partir desse momento, foi possível difundir de forma mais fácil e acessível os novos conhecimentos, novas tecnologias e novos pontos de vista com estudos brasileiros. Atualmente, uma das grandes contribuições para a ciência é a de compreender a evolução do perfil epidemiológico brasileiro, sendo, portanto, um importante instrumento para promoção de políticas públicas de prevenção e cuidado das doenças mais prevalentes. (LUNA, 1993) Doutor Gilson Soares Feitosa, ex-presidente da SBC-BA e atual diretor de Ensino e Pesquisa do Hospital Santa Izabel, comemora:

*Esses Arquivos brasileiros de cardiologia, tem uma publicação regular desde aquela época, sendo um marco importantíssimo. Este mês (julho/2021) comemorou-se o seu reconhecimento do Fator de Impacto 2.0. Portanto, é a revista de maior impacto na área cardiovascular na América do Sul.*  
(Informação verbal)<sup>1</sup>

Na Bahia, o primeiro ambulatório de Cardiologia foi criado pelo dr. Adriano Pondé, no Hospital Santa Izabel, em Salvador, denominado “Prado Valadares” em 1945. Em 1947, juntamente com o cardiologista Ruben Tabacof, organizou o primeiro congresso nacional de Cardiologia na Bahia, contribuindo com estudos sobre cardiopatia reumática e doença de Chagas. Após o sucesso do evento, foi criada a Sociedade Bahiana de Cardiologia, atualmente conhecida como Sociedade de Cardiologia do Estado da Bahia (SOCEBA). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SEÇÃO BAHIA, 2020) O dr. Gilson Soares Feitosa afirma sobre o quadro atual:

*Não falta nada para Salvador se tornar um centro de referência. Salvador atende uma população enorme do estado da Bahia e de outras cidades de estados circunvizinhos. Salvador tem serviços de cardiologia muito bem estruturados com recurso. Não falta nada porque já é um conceito já estabelecido, sendo Salvador um Centro de Referência para cardiologia.*  
(Informação verbal)

O Brasil conta com um grande centro de pesquisa, assistência e ensino atual, o Instituto do Coração (InCor), oficializado através do Decreto-Lei nº 42.817, em 1963, antes denominado como Instituto de Doenças Cardiopulmonares, tendo sua concepção na década de 1950, junto aos primórdios da Cardiologia mundial. Seu intuito sempre foi formar novos especialistas, aperfeiçoar técnicas já conhecidas e desenvolver novas práticas. O instituto faz parte do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e os professores responsáveis pelos ideais do instituto foram Euryclides de Jesus Zerbini e Luiz Venere Décourt, aliados a um grupo de médicos do Hospital das Clínicas. Apenas em 1977, o InCor iniciou os atendimentos a pacientes, secundário ao impulso da Cardiologia após primeiro transplante da América Latina em 1968 e a partir da criação da Fundação Zerbini em 1978 com suporte financeiro e administrativo. (FUNDAÇÃO ZERBINI, 2019; INSTITUTO DO CORAÇÃO, 2013)

Outra importante personalidade na construção da história da Cardiologia, e que merece destaque, é, sem dúvidas, o mineiro filho de cafeicultores Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, que ingressou à Faculdade de Medicina no Rio

---

1 Entrevista realizada com o dr. Gilson Soares Feitosa em julho de 2021.

de Janeiro em 1897, iniciando sua contribuição desde então. Mesmo estudante, Carlos Chagas já se envolvia como assistente no curso sobre a malária, se tornando, sob a tutela de Oswaldo Cruz, pesquisador da tese sobre o ciclo evolutivo da malária em 1902-1903, intitulado seu trabalho como *O estudo hematológico do impaludismo*. (FRAZÃO, 2019) Engajado ao combate à doença que tanto estudava, tomou a liderança contra a epidemia de malária que acontecia no município de Itapetinga, seguindo depois para o surto na Baixada Fluminense.

Só foi em 1909, após chefiar a comissão de combate à malária por dois anos em seu estado natal, na cidade de Lassance, que Carlos Chagas descobriu a relação entre uma doença que provocava vasta lesão miocárdica e a picada de um inseto denominado de barbeiro. Ao estudar a fundo a nova espécie, nomeou o recém-descoberto protozoário de *Trypanosoma cruzi*, em homenagem ao seu tutor, Oswaldo Cruz. (FRAZÃO, 2019)

A publicação do trabalho foi feita na *Revista Brasil-Médico*, resultando no primeiro volume do Instituto Oswaldo Cruz, a então descrição da doença tropical chamada de tripanossomíase americana ou moléstia de Chagas. (FRAZÃO, 2019) Carlos Chagas não recebeu o Prêmio Nobel na época e os motivos para isso perpassam sobre a não valorização de uma doença tropical, descoberta por um médico na América do Sul, além de Carlos não ser um médico popular em sua época após ter estado à frente da vacinação contra a varíola no Brasil (GISMONDI, 2019), na conhecida Revolta da Vacina. Como grande contribuição para a saúde brasileira, Carlos Chagas foi responsável pela criação do regulamento sanitário, englobando higiene infantil, combate às doenças rurais, combate à tuberculose, hanseníase e doenças venéreas. Foi responsável ainda pela criação da Escola de Enfermagem Anna Nery e do curso especial de higiene e saúde pública pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. (FIOCRUZ, 2003)

Mulheres também fizeram história no mundo da Cardiologia. Não foram citadas até agora, pois mulheres de todos os lugares do mundo tiveram dificuldade em ingressar no cenário médico inicialmente. Para compreender um pouco mais, é necessário conhecer a inglesa Elizabeth Blackwell, primeira pessoa do sexo feminino a conseguir invadir esse mundo ocupado apenas pelos homens, em 1847, na Geneva Medical College em Nova York. Sua vida foi pautada na Medicina e no feminismo, deixando como grande legado sua ideologia: “Se a sociedade não admite o livre desenvolvimento da mulher, então a sociedade deve ser remodelada”. (COGNYS, 2021)

No Brasil, mulheres interessadas em exercer a Medicina, precisavam emigrar para Europa ou Estados Unidos, necessitando validar o diploma nas faculdades brasileiras após a conclusão do curso. A primeira brasileira a conseguir o diploma de médica foi Maria Augusta Generoso Estrela no ano de 1879, em Nova York, e a primeira brasileira a se formar no curso de Medicina em seu próprio país foi a

gaúcha Rita Lobato Velho Lopes, que iniciou o curso em 1883, no Rio de Janeiro, e se formou na escola *mater* da Medicina brasileira, a FMB. Entretanto, foi apenas na década de 1950 que as mulheres começaram a se inserir no mercado da cirurgia cardiovascular brasileira. Dirce da Costa Zerbini conseguiu seu diploma de médica em 1948 na USP e foi um nome muito importante da Cardiologia. Durante anos se dedicou à pesquisa e conseguiu desenvolver um circuito de circulação extracorpórea no Brasil, idealizando as primeiras máquinas no Hospital das Clínicas em São Paulo. Em 1968, ano do primeiro transplante cardíaco, a dra. Dirce foi a principal responsável pela organização da equipe cirúrgica e uma grande colaboradora.

As primeiras médicas brasileiras que fizeram residência em cirurgia cardiovascular foram Vera Lucia Amaral Molari Piccardi e Gueisha Barbosa Moreiras no IDPC, conquistando o título em 1979. A primeira cirurgiã a se filiar à Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCV) com participação ativa foi a dra. Valquiria Pelisser Campagnucci, ao escrever acerca do tema aneurismectomia do ventrículo esquerdo sem pinçamento da aorta. (PICCARDI, 2004)

Apesar da demora da inclusão das mulheres na Medicina, elas já representam a maioria entre os médicos mais jovens no Brasil e estão dispostas a se impor no mercado. Entretanto, na Cardiologia ainda representam 30,3% do total de médicos e na cirurgia vascular 23,3%, o que demonstra que ainda há um árduo caminho para a igualdade entre os gêneros nessa área tão nobre da Medicina. (REVISAMED, 2020; SCHEFFER, 2018)

## DO ESTETOSCÓPIO AO POCUS

Até meados do século XVIII, a Medicina carecia de técnicas apuradas que pudessem identificar o que estava acontecendo internamente no corpo dos pacientes. A percussão e a ausculta direta, colocando o ouvido sob o tórax, eram as únicas formas de tentar entender o que estava acontecendo, principalmente, com o coração e pulmão dos adoecidos. Entretanto, em 1816 uma grande invenção veio para mudar, decerto, toda a história médica: o estetoscópio. Este instrumento, que hoje é um símbolo emblemático da profissão, foi criado por um médico francês chamado René Théophile Hyacinthe Laënnec. (HENRIK; SVEND, 2019)

Há várias versões na história que tentam descrever o *insight* que provavelmente tenha desencadeado o surgimento do estetoscópio. A teoria mais difundida é referente ao constrangimento de Laënnec ao precisar examinar uma jovem, com insuficiência cardíaca, através da maneira convencional para época: encostando a cabeça ao tórax. Tal desconforto é descrito em seus manuscritos. (CHENG, 2007; KLIGFIELD, 1981)

[...] a ausculta direta de encostar o ouvido no peito é desconfortável, tanto para o médico como para o paciente, e provoca uma repugnância que a torna impraticável no hospital. É inconveniente no exame de mulheres devido ao obstáculo físico que as mamas podem representar [...]. (LAËNNEC, 1819 apud GRINBERG, 1995, p. 67)

Uma outra versão relata que a moça em questão era obesa e por conta do tecido adiposo em excesso não teria sido possível auscultar nitidamente ao encostar a orelha sobre o precórdio. Por causa desse desconforto, conta-se que ele juntou algumas folhas, enrolou-as e através do contato do tubo formado e seu ouvido foi possível escutar claramente os batimentos cardíacos (Figura 1). A literatura descrita por Laënnec justifica que o princípio utilizado foi baseado em sua observação de uma brincadeira infantil que utilizava a propriedade do som de se propagar através de meios sólidos. (GRINBERG, 1995)

[...] ocorreu-me que um som se amplifica quando transmitido através de um sólido. Lembrei-me que as crianças costumam arranhar com um alfinete uma das extremidades de um pedaço de madeira e ouvir o ruído nitidamente transmitido na outra [...] imediatamente enrolei folhas de papel em forma de cilindro bem apertado, encostei uma ponta no tórax da gestante, me inclinei e apoiei o meu ouvido na outra. Pude perceber a ação do coração de uma maneira muito mais clara e distinta do que fora capaz até então pela ausculta direta [...]. (LAËNNEC, 1819 apud GRINBERG, 1995, p. 68)



**Figura 1** – Estetoscópio original feito de folhas de jornal criado por Laënnec  
Fonte: Cheng (2007).



**Figura 2** – Estetoscópio original feito de madeira criado por Laënnec  
Fonte: Cheng (2007).



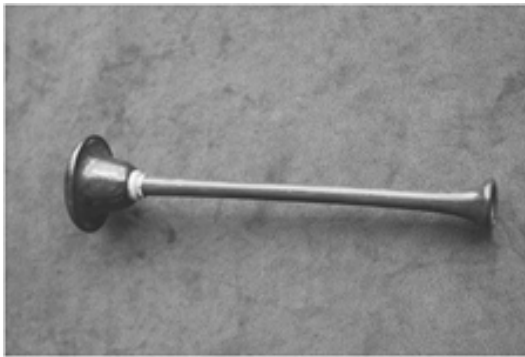
Após o resultado satisfatório ao examinar a paciente, Laënnec aperfeiçoou a técnica e começou a produzir modelos do instrumento a partir de madeira, em formato de cone, com um dos lados em forma de pavilhão (Figura 2), que rapidamente se difundiram pela Europa, recebendo diversas críticas positivas e negativas ao seu uso. Porém, era inegável que o instrumento conseguia amplificar os sons produzidos, em especial pelo coração e pulmão, podendo assim diagnosticar de maneira mais fácil situações como sopros cardíacos e a presença de ar ou líquido nos pulmões. (GRINBERG, 1995)

A própria palavra estetoscópio foi criada pelo médico francês, sendo esta derivada do latim *stethos* = tórax e *skopein* = ver. O termo designado por Laënnec para o processo de escutar os sons internos do corpo foi ausculta, do latim *auscultare* = ouvir, sendo que a ausculta com o estetoscópio foi especificamente nomeada de ausculta mediata “*mediat*” (Figura 3), em contrapartida à ausculta imediata que era a forma mais comumente utilizada antes. (CHENG, 2007)

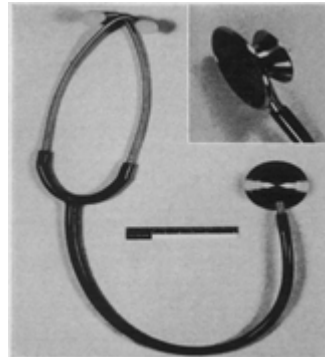


**Figura 3** – Pintura retratando Laënnec realizando a ausculta mediata com seu estetoscópio de madeira (Coleção Kharbine-Tapabor)  
Fonte: Cheng (2007).

No decorrer dos anos, o estetoscópio foi ganhando novos aperfeiçoamentos com a utilização de novos materiais, sendo que em 1840 houve a criação do primeiro estetoscópio com um tubo totalmente flexível pelo médico britânico Golding Bird. Em 1850, foi proposto pelo médico irlandês Arthur Leared a ausculta através das duas orelhas, sendo estes conhecidos como estetoscópios binaurais, que são utilizados até hoje. Entretanto, modelos monoaurais continuaram a ser utilizados e em 1876 surgiu o estetoscópio criado pelo dr. Adolphe Pinard (Figura 4), com a funcionalidade de auscultar os ruídos produzidos pelo feto intrauterino, sendo este utilizado até hoje e apreciado pelos obstetras. (HENRIK; SVEND, 2019)



**Figura 4** – Estetoscópio de Pinard  
Fonte: Baskett (2019).



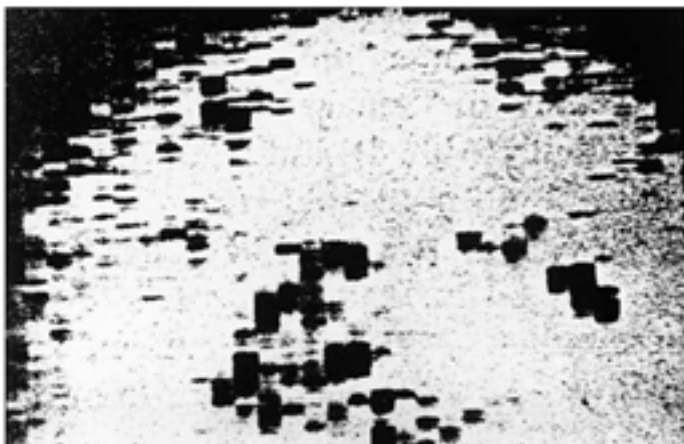
**Figura 5** – Modelo de estetoscópio sugerido por Littmann  
Fonte: Littmann (1961).

Dessa forma, diversas modificações continuaram a deixar cada vez mais sensível o aparelho e em 1961, o dr. David Littmann descreveu as características que eram necessárias para um estetoscópio ideal, estudando desde a importância de cada parte do instrumento até a capacidade deste em reconhecer as diferentes frequências audíveis. Com isso, Littmann propôs um novo modelo de estetoscópio com um desempenho acústico extremamente melhorado e que se assemelha bastante aos utilizados hoje em dia (Figura 5). (HENRIK; SVEND, 2019; LITTMANN, 1961)

Algo que parecia impensável no século XIX ganha vida com os recentes avanços na tecnologia, que possibilitaram o advento do estetoscópio digital. Um equipamento que permite redução do ruído ambiente, ampliação e gravação de sons cardíacos, além de análise da forma de onda do som, mediante utilização de aplicativos para *smartphones*. (SILVERMAN; BALK, 2018)

Além do estetoscópio, outro método bastante utilizado para avaliação da função cardíaca atualmente é o ecocardiograma. Acredita-se que a primeira pessoa a reconhecer o efeito Doppler e o ultrassom na natureza (usados pelos golfinhos e morcegos em sua localização) foi Spallanzani (1729-1799). Antes de ser utilizado na Medicina, o ultrassom já era utilizado para os sonares, úteis em navegação em alto mar e submarinos. (KRISHNAMOORTHY, 2007) O início da utilização desta tecnologia na Medicina foi para fins fisioterapêuticos, como no tratamento de artrites e mialgias, por volta dos anos 1930 e 1940. (KRISHNAMOORTHY, 2007)

Apesar de esta hipótese ter sido cogitada anteriormente pelo fisioterapeuta francês dr. André Denier, o primeiro a conseguir gerar imagens ultrassonográficas de estruturas anatômicas foi o neurologista austríaco Karl Dussik, em 1947, as quais ele chamava de “hiperfonogramas”. Entretanto, tais hiperfonogramas possuíam resolução muito baixa, sendo muito difícil diferenciar as estruturas anatômicas vistas ao método. (EDLER; LINDSTRO, 2004)

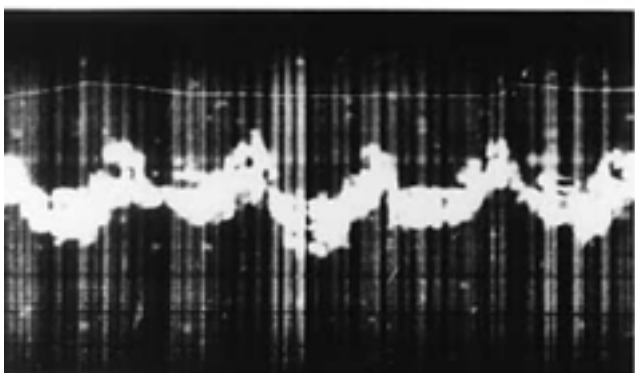
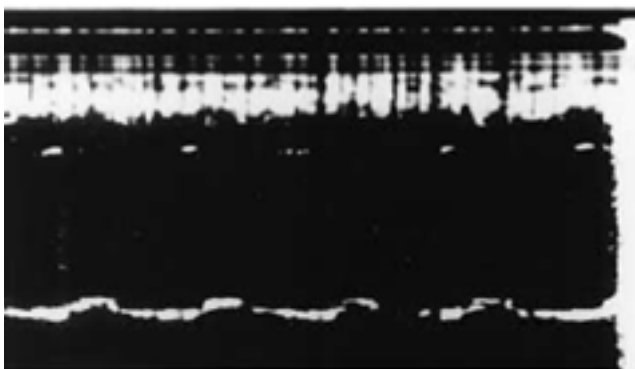


**Figura 6** – Primeira imagem ultrassonográfica de um ser humano registrada. A imagem representa a vista lateral da cabeça de Dussik  
Fonte: Edler e Lindstro (2004 apud DUSSIK, 1951).

Em 1950, o alemão Keidel descreveu um método ultrassonográfico para observar as alterações rítmicas de volume do coração, o qual descobriu enquanto tentava encontrar um modo de quantificar os sons gerados pela percussão torácica. Os primeiros experimentos utilizando ultrassonografia para analisar as estruturas cardíacas foram conduzidos por Elder e Hertz, em 1954, que culminaram com o advento da chamada ecocardiografia modo M (Movimento), ou Eco unidimensional (Figura 6). (EDLER; LINDSTRO, 2004; KRISHNAMOORTHY, 2007)

Esta modalidade permite ver as alterações das distâncias entre as estruturas cardíacas e a parede torácica, durante o ciclo de batimentos do coração. Porém, é bastante difícil de compreender e interpretar, e por isso foi pouco popularizada entre os cardiologistas, já que muitos almejavam ver uma imagem do coração. (EDLER; LINDSTRO, 2004)

O modo M era útil no diagnóstico principalmente de lesões valvares e doenças do pericárdio. (EDLER; LINDSTRO, 2004) Atualmente, esse modo ainda é usado por alguns cardiologistas, pois permite melhor discriminação de certas patologias (Figura 7). (GUEDES, 2020)



**Figura 7** – Primeiro ecocardiograma realizado  
Fonte: Edler e Lindstro (2004 apud EDLER, 1976).

As primeiras imagens bidimensionais de estruturas anatômicas foram desenvolvidas por Wild e Reid em 1952. Entretanto, o método desenvolvido por eles não pôde ser usado para investigações cardíacas, pois dependia de que o transdutor fosse movido lentamente através da estrutura a ser analisada, que precisaria ficar imóvel, o que é impossível no caso do coração. (EDLER; LINDSTRO, 2004)

Em 1970, a técnica *stop-action* foi descrita por King e se tornou popular. Através desse método, um transdutor sonoro era utilizado para captar as imagens, e o início de um batimento cardíaco, visto ao eletrocardiograma do paciente, desencadeava automaticamente uma gravação dos sinais sonoros por 8ms. Durante o intervalo entre cada batida do coração, o transdutor era movido de lugar, e cada nova batida gerava uma nova gravação. O resultado era uma imagem transversal do coração, criada através de vários ciclos de gravação por curtos períodos (Figura 8). (EDLER; LINDSTRO, 2004)



**Figura 8** – Corte transversal do ventrículo esquerdo feito pela técnica *stop-action*  
Fonte: Edler e Lindstro (2004 apud KING, 1972).

Em 1971 o holandês Nicolaas Bom obteve a primeira imagem em movimento do coração, através da técnica *linear array*, que deu origem às técnicas utilizadas até hoje. Essa descoberta rapidamente se popularizou, e com ela também foi possível compreender mais facilmente a ecocardiografia em modo M. (EDLER; LINDSTRO, 2004)

No Brasil, o primeiro ecocardiógrafo foi instalado no Hospital da Beneficência Portuguesa, em São Paulo, em 1974. Também nesse ano, no XXX Congresso Brasileiro de Cardiologia, foi ministrado o primeiro curso de ecocardiografia no Brasil. Em 1975 o Rio de Janeiro também adquiriu seu primeiro ecocardiógrafo, que foi instalado no Hospital do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado (IASERJ), para servir ao curso de Pós-Graduação em Cardiologia da Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro. Como muitas inovações na Medicina, também o ecocardiograma conquistou inicialmente um importante espaço nos campos de ensino médico, antes de se difundir para outros meios. A especialização em ecocardiografia se tornou rapidamente popular, e dez anos depois o Brasil contava com 320 ecocardiografistas. (LUNA, 1998)

O dr. José M. Del Castillo trabalhava no Serviço de Hemodinâmica do Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo em 1974, quando da chegada do primeiro ecocardiógrafo ao Brasil. (CASTILLO, 2019) Em publicação para o *blog* Ecope, ele conta:

[...] No início de 1974, precisamente no mês de março, os chefes da Hemodinâmica da BP junto com o Prof. Macruz chegaram dos Estados

Unidos com uma novidade: um ecocardiógrafo modo M da marca Smith-Kline [...] Dessa maneira, participei do primeiro exame realizado no Brasil, uma estenose mitral reumática. O traçado foi obtido através de uma câmera Polaroid, cuja imagem guardo até hoje. O aprendizado foi árduo, autodidático, com a primeira edição do livro de Feingenbaum na mão, o apoio da Hemodinâmica, muita curiosidade e, sobretudo, imaginação. [...] No primeiro ano (1974), fizemos até dezembro uns 170 exames. Hoje, esse número é realizado em um dia nos grandes serviços. (CASTILLO, 2019)

Doutor Castillo conta que, no início, quando o método ainda era pouco conhecido, sua credibilidade era limitada, como é possível perceber no relato abaixo. Nesse trecho, R1 refere-se a médico residente no primeiro ano de residência médica, um programa de especialização médica, similar a outras pós-graduações.

Em julho de 1974, apresentei, no meio de outros trabalhos sobre hemodinâmica, o primeiro trabalho científico sobre ecocardiografia realizado no Brasil [...] no XXX Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia, no Rio de Janeiro, quando o estado ainda se chamava Guanabara. Acho que me colocaram como autor porque ninguém confiava muito no método. Na época, eu ainda recebia o mote de 'cupincha', o R1 de hoje. (CASTILLO, 2019)

A ecocardiografia bidimensional chegou ao Brasil em 1978, o que contribuiu para abrir o leque de patologias diagnosticadas através deste exame. Além disso, permitiu aos médicos estudar com mais precisão o estado funcional do coração dos pacientes. (LUNA, 1998) Dr. José Castillo conta que o primeiro ecocardiógrafo bidimensional chegou ao Hospital da Beneficência Portuguesa no final de 1979. (CASTILLO, 2019)

O desenvolvimento da ecocardiografia com Doppler possibilitou grandes avanços em termos de diagnóstico. Doppler primeiramente apresentou sua teoria em 1842, mas as investigações sobre a aplicação médica do efeito Doppler começaram apenas em 1955, com dr. Nimura na Universidade de Osaka. Instrumentos de ultrassom com efeito Doppler se tornaram disponíveis comercialmente no final dos anos 1960, com o método *multigated pulsed-Doppler*, que mostrava o perfil das velocidades apenas no ecocardiograma modo M.

Em 1983, Omoto e seus colaboradores desenvolveram o método de Eco Doppler colorido em duas dimensões em tempo real, que obteve um impacto imediato na Cardiologia. (EDLER; LINDSTRO, 2004; KRISHNAMOORTHY, 2007)

Doutor José Castillo relembra seu primeiro contato com o método:

[...] Meu primeiro contato com o Doppler em cores foi em 1986, em Kyoto, Japão, por ocasião do Segundo Simpósio Internacional de Doppler

Cardíaco. Comecei a trabalhar com o método em 1989, mas as imagens não tinham grande resolução. (CASTILLO, 2019)

Desde então, diversas tecnologias têm surgido e se aperfeiçoado no ramo da ecocardiografia, como o ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma de estresse, ecocardiograma 3D e *strain* cardíaco.

[...] Nessa mesma época [1989], iniciei minha prática com eco de estresse farmacológico e esofágico [...]. O transdutor do eco transesofágico era monopiano, ou seja, não permitia a mudança de ângulo [...]. Depois chegaram os transdutores biplanos e, finalmente, os atuais multiplanos. (CASTILLO, 2019)

Os aparelhos de ultrassonografia evoluíram para se tornarem cada vez mais leves e portáteis, criando a possibilidade de avaliar a função cardíaca à beira leito. Essa modalidade é conhecida como *Point-Of-Care* (na sigla em inglês, POCUS), que vem ganhando força atualmente. (CASAROTO, 2015) A evolução do método de ultrassonografia mudou a história da Cardiologia, revolucionando a maneira como analisamos o coração, e certamente ainda permitirá grandes avanços nessa área.

## **O REGISTRO ELETROCARDIOGRÁFICO**

Quem vê os eletrocardiógrafos mais modernos, leves, portáteis, precisos e suas diversas aplicações eletrocardiografia de alta resolução, teste ergométrico, Holter, estudo eletrofisiológico, nem imagina o processo de seu desenvolvimento e aprimoramento ao longo das décadas e dos diversos estudiosos que contribuíram para seu surgimento. Entretanto, uma coisa é certa, a invenção do eletrocardiograma deu aos médicos uma poderosa ferramenta que os ajuda a diagnosticar várias condições patológicas na atualidade. O eletrocardiograma de 12 derivações, como o conhecemos hoje, é resultado de diversas descobertas e inovações sequenciais.

O surgimento do eletrocardiograma esteve diretamente atrelado ao surgimento da eletrofisiologia e de diversas áreas do conhecimento. No século XIX, temos os primeiros passos do estudo eletrofisiológico, quando em 1842, o físico e italiano Carlo Matteucci (1811-1868) conseguiu demonstrar que uma corrente elétrica acompanhava cada contração cardíaca.

Nos anos seguintes, no início da década de 1870, a invenção do eletrômetro capilar do físico francês Gabriel Lippman, permitiu a descoberta das fases do ciclo cardíaco pelos médicos britânicos John Burdon Sanderson e Frederick Pag. (GIFFONI; TORRES, 2010)

Por volta de 1887, Augustus D. Waller (1856-1922) começou uma série de experimentos na Escola de Medicina do Hospital St. Mary em Londres, que culminou com o registro do primeiro eletrocardiograma em seres humanos, através de um eletrômetro capilar e eletrodos colocados no peito de um voluntário, demonstrando que uma atividade elétrica precedia a contração do coração. No entanto, Waller mostrou grande interesse pelos aspectos teóricos da eletrocardiografia em detrimento da aplicação clínica e prática do método. (FYE, 1994; SOUZA, 2017)

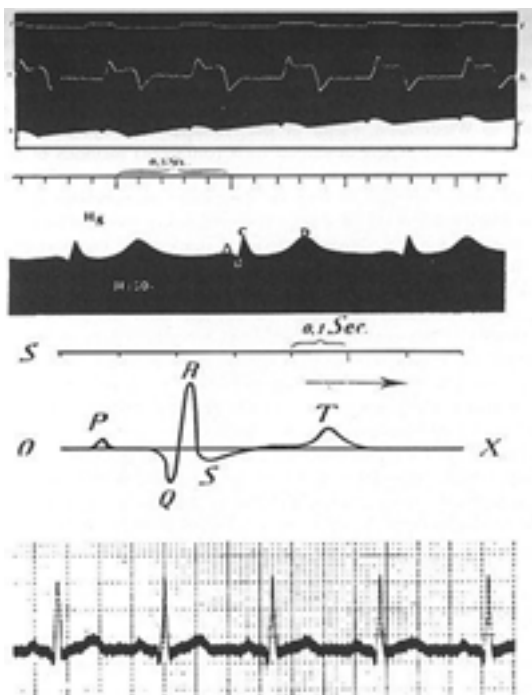
Em 1889, no Congresso Internacional de Fisiologistas, Willem Einthoven (Figura 9) conheceu a tecnologia e a técnica de Waller utilizadas para registrar o impulso elétrico do coração. A demonstração de Waller estimulou Einthoven e alguns outros fisiologistas a seguirem essa linha de investigação. Ele reconheceu as limitações do eletrômetro capilar e usou abordagens matemáticas e físicas complexas para melhorar a qualidade de suas gravações. Com tais correções, ele concluiu que cada contração cardíaca gerava o registro de cinco oscilações elétricas distintas. Em 1895, em seu primeiro artigo sobre o tema, Einthoven intitulou tais oscilações de P, Q, R, S e T, denominações utilizadas até hoje (Figura 10). Apesar das inúmeras tentativas de melhorar o método do eletrômetro capilar, o médico concluiu que as frequências utilizadas pelo método limitavam a utilidade do eletrocardiograma na prática clínica e reconheceu o potencial do seu uso clínico na compreensão e identificação de doenças cardíacas. (FYE, 1994)



**Figura 9** – Willem Einthoven (1860-1927)  
Fonte: ECGpedia (2008).<sup>2</sup>

2 Disponível em: [https://en.ecgpedia.org/images/thumb/e/ee/Einthoven\\_portrait.jpg/415px-Einthoven\\_portrait.jpg](https://en.ecgpedia.org/images/thumb/e/ee/Einthoven_portrait.jpg/415px-Einthoven_portrait.jpg).





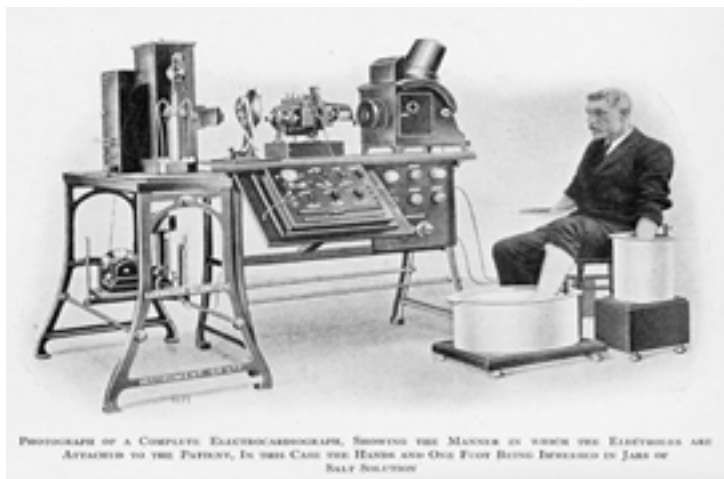
**Figura 10** – Registro obtido pelo eletrômetro capilar de Lippman por Waller (superior), correção matemática do registro de Waller realizada por Einthoven (meio) e registro pelo galvanômetro de corda (inferior)  
 Fonte: ECGpedia (2008).<sup>3</sup>

Desse modo, o médico voltou sua atenção para outro instrumento que pensou ser mais adequado para a tarefa, o galvanômetro. Esse instrumento foi inventado, de forma independente, pelo físico francês Arsbnne D’Arsonval e o engenheiro francês Clement Ader.

No ano de 1901, Einthoven realizou diversas modificações e criou o galvanômetro de corda (Figura 11), um novo aparelho capaz de registrar de forma mais eficaz as atividades elétricas do coração. Esse aparelho pesava cerca de 270 kg, necessitava de cerca de cinco pessoas capacitadas para seu funcionamento e consistia em um fino filamento de quartzo revestido com prata esticado através de um forte campo magnético. Mesmo uma corrente elétrica fraca de um potencial cardíaco seria capaz de mover o filamento e a oscilação das cordas dependia da força e direção da corrente. As sombras geradas pela movimentação do fio de

3 Disponível em: [https://en.ecgpedia.org/images/thumb/f/f0/Einthoven\\_ECG3.jpg/380px-Einthoven\\_ECG3.jpg](https://en.ecgpedia.org/images/thumb/f/f0/Einthoven_ECG3.jpg/380px-Einthoven_ECG3.jpg).

quartzo eram projetadas num filme fotográfico. O formato padrão estabelecido por Einthoven para registrar as deflexões é usado até os dias de hoje. (FYE, 1994)



**Figura 11** – Eletrocardiógrafo (galvanômetro de corda) utilizado por Einthoven  
Fonte: ECGpedia (2008).<sup>4</sup>

O aparelho estava sediado em um laboratório da Universidade de Leiden, a cerca de 1,5 km do hospital da universidade. Entretanto, contornando a distância entre pacientes e máquina, Einthoven usou cabos de telefone para transmitir impulsos elétricos do coração de pacientes hospitalizados para o laboratório, onde eram registrados pelo galvanômetro de corda. A partir daí, Einthoven publicou diversos artigos acerca do uso do seu aparelho, incluindo traçados normais e traçados que futuramente indicariam algumas arritmias como fibrilação atrial, flutter atrial e extrassístole ventricular. Mais tarde, em 1924, Einthoven recebeu o Prêmio Nobel de Medicina pelo estudo na área de eletrofisiologia e hoje é considerado o pai da eletrocardiografia, uma vez que seu galvanômetro de corda permitiu registros fidedignos e com padronização empregada ainda nos dias atuais. (FYE, 1994)

O surgimento do eletrocardiograma marcou o desenvolvimento do estudo das arritmias. Nesse quesito, se destaca Thomas Lewis (1881-1945), que após visitar o laboratório de Einthoven, voltou para Londres animado em estudar as diversas arritmias cardíacas e acabou contribuindo para compreensão de diversos mecanismos fisiológicos cardíacos que até aquele momento não eram baseados em evidências científicas. Além disso, em seu livro *Clinical Disorders of the Heart*

<sup>4</sup> Disponível em: [https://en.ecgpedia.org/images/b/bb/Einthoven\\_ECG.jpg](https://en.ecgpedia.org/images/b/bb/Einthoven_ECG.jpg).

*Beat*, introduziu termos utilizados até hoje como “fibrilação atrial”, “taquicardia paroxística”, “marca-passos” e “batimentos prematuros”. Isso acabou influenciando outros pesquisadores nos estudos das arritmias pelo eletrocardiograma, dentre esses, Frank Norman Wilson (1890-1952), que teve uma contribuição importante no sentido da aceitação do eletrocardiograma em substituição aos demais métodos diagnósticos utilizados na época, que até então continuava a ser realizado através do exame físico do paciente, especificamente da ausculta cardíaca e palpação de pulsos. Wilson também contribuiu para a padronização da disposição dos eletrodos e para o uso do eletrocardiograma para além das arritmias, entre elas o infarto do miocárdio. (FYE, 1994; GIFFONI; TORRES, 2010; SOUZA, 2017)

O advento da utilização do eletrocardiograma na prática médica marcou uma nova era, na qual ferramentas mais sofisticadas deram lugar à assistência médica auxiliada principalmente pelo estetoscópio como ferramenta primária no diagnóstico de doenças cardíacas, proporcionando informações mais objetivas sobre alterações funcionais e/ou estruturais. Desde o surgimento do galvanômetro – ferramenta capaz de registrar a atividade elétrica do coração – houve grande crescimento na compreensão e investigação das arritmias que, em sua maior parte, eram pouco elucidadas até então. (ALGHATRIF; LINDSAY, 2012) Desse modo, por se tratar de uma ferramenta clínica investigativa poderosa, inovadora à época e passível de ser utilizada para a compreensão de diversas alterações da atividade elétrica cardíaca, o eletrocardiograma foi referido como “a pedra das Rosetas das arritmias” pelo historiador Edward Shapiro. Esse exame também corroborou para a definição da Cardiologia como uma área especial da prática médica no período entre a Primeira e Segunda Guerra Mundial. (FYE, 1994)

Atualmente, o eletrocardiograma é considerado exame essencial na avaliação de queixas cardíacas, principalmente no diagnóstico e determinação de conduta em doenças que oferecem risco iminente à vida do paciente. Sua relevância e aplicabilidade em nível de saúde pública são ressaltados pelo seu baixo custo de execução, além de se tratar de um exame não invasivo e de fácil execução. Esses fatores justificam a determinação do exame como ferramenta diagnóstica de primeira linha. No entanto, sua realização técnica e interpretação de modo correto são altamente dependentes dos executores e avaliadores, portanto suscetível a falhas. A interpretação correta de um eletrocardiograma pode ser desafiadora, principalmente nas situações em que membros da equipe de emergência menos experientes são responsáveis pela interpretação do exame e tomada de conduta diante de pacientes em quadros graves, realidade presente em diversas unidades de atendimento emergencial no Brasil. Grande parte desse problema encontra-se no ensino médico da interpretação do exame durante a graduação, muitas vezes negligenciado ou abordado de forma superficial, sem que haja uma compreensão

das bases eletrocardiográficas ou dos distúrbios por trás dos fenômenos eletrocardiográficos, o que poderia reduzir a necessidade de apenas memorizar padrões. (ALGHATRIF; LINDSAY, 2012)

## **EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

Em meados do século XX, ocorreram profundas modificações nos padrões de morbidade e mortalidade dos brasileiros, período conhecido como transição epidemiológica. (PRATA, 1992) Houve evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) para um outro no qual predominam os óbitos por doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas. As DIP, que representavam 45,7% do total de óbitos informados no país em 1930, passaram a constituir, no ano de 1999, apenas 5,9%. Enquanto isso, as DCV seguiram uma tendência inversa, aumentando sua participação, de 11,8% para 31,3%, no total dos óbitos ocorridos no mesmo período. (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002)

Doença de Chagas é um exemplo de doença cardíaca infectocontagiosa, cuja prevalência foi substancialmente diminuída nas últimas décadas, principalmente após 1975, com a implantação e expansão do programa de controle pelo governo federal. (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002) O primeiro inquérito sorológico nacional para doença de Chagas no Brasil foi realizado no período de 1975-1980, que estimou para a população geral rural brasileira uma prevalência global de 4,2% de infecção pelo *T. cruzi*. (DIAS; PRATA, 2017) Desde então, houve redução significativa de casos agudos por transmissão vetorial e transfusional, atualmente com prevalência estimada de 1,0% a 2,4%. (BRASIL, 2019; DIAS et al., 2016) Na Pesquisa Nacional de Saúde 2019, 0,4% da população brasileira adulta referiram o diagnóstico da doença. (BRASIL, 2020a) Não obstante o inegável sucesso do programa de controle brasileiro, cabe ressaltar que fatores socioeconômicos contribuíram para esse resultado, considerando que houve melhoria significativa das condições de habitação, em função de algum grau de desenvolvimento econômico. (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002)

Essas mudanças ocorreram concomitantemente com alterações sociodemográficas em nossa sociedade. O desenvolvimento industrial, o movimento migratório da zona rural para a zona urbana, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a criação e ampliação do acesso a ações de saneamento e saúde foram determinantes para a redução das taxas de natalidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida, que culminaram no envelhecimento populacional. (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002) Esses fatores, associados às mudanças sociais e econômicas e a globalização impactaram o modo de viver, trabalhar e se alimentar dos

brasileiros, com conseqüente aumento na prevalência dos principais fatores de risco para desenvolvimento de DCV. (DUARTE; BARRETO, 2012) Estes podem ser classificados como modificáveis, que incluem tabagismo, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes e inatividade física, e não modificáveis, como idade (acima de 45 anos para homens e 55 anos para mulheres), gênero, raça e hereditariedade. (SIMÃO et al., 2013)

As DCV são responsáveis por uma importante carga de doenças no Brasil, tendo sido a principal causa de mortalidade no país desde a década de 1960. Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 72% das mortes em nosso país, sendo 30% devido às DCV. (NASCIMENTO et al., 2018) Além disso, as DCV foram responsáveis pelos gastos diretos mais substanciais com hospitalização e pelos custos indiretos devidos à ausência no trabalho. (OLIVEIRA et al., 2020)

De acordo com a Pesquisa Nacional da Saúde, em 2019, 5,3% (8,4 milhões) de pessoas de 18 anos ou mais tiveram algum diagnóstico médico de alguma doença do coração. Como esperado, a prevalência aumentou significativamente com o avançar da idade, chegando a 10,1% entre as pessoas de 60 a 64 anos, 12,8% das pessoas de 65 a 74 anos de idade e 17,4% nos mais idosos, com 75 anos ou mais. (BRASIL, 2020a) No Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) – uma coorte que incluiu 15.105 funcionários públicos de seis universidades ou institutos de pesquisa – a prevalência autorreferida de doenças cardiovasculares foi: Doença Isquêmica do Coração (DIC): 4,7%; insuficiência cardíaca: 1,5%; Acidente Vascular Cerebral (AVC): 1,3%; febre reumática: 2,9% e doença de Chagas: 0,4%. (MELO-SILVA et al., 2018)

Oliveira e demais autores (2020) recentemente avaliaram as principais estatísticas cardiovasculares no Brasil nos últimos 20 anos e dentre as causas de morte cardiovascular no período, se mantém no topo da lista a doença isquêmica do coração, seguida da doença cerebrovascular, cardiopatia hipertensiva e cardiomiopatias. Interessante observar que a cardiopatia reumática (outro exemplo de doença cardíaca de causa infecciosa) caiu de 8ª posição em 1990 para a 11ª em 2017. (OLIVEIRA et al., 2020)

Nas últimas décadas, os dados apontaram para uma tendência de melhora nesse panorama. Dados do *Global Burden of Disease* (GBD) 2017 revelam que a prevalência padronizada por idade de DCV apresentou leve redução de 4,2% de 1990 a 2017. O mesmo estudo observou que a taxa de incidência padronizada por idade em 2017 foi de 687,5 casos por 100 mil habitantes, menor do que em 1990, quando havia 755,6 casos por 100 mil habitantes. A taxa de mortalidade padronizada por idade por DCV, por 100 mil habitantes também vem diminuindo significativamente, muito embora o número total de mortes por DCV aumentou,

provavelmente como resultado do crescimento e envelhecimento da população. (GLOBAL BURDEN OF DISEASE, 2017; OLIVEIRA et al., 2020) Malta e demais autores (2020) compararam séries históricas de mortalidade por DCV entre 2000 e 2017 e observaram que ao longo desse período, em todas as bases de dados estudadas, houve uma redução em torno de 27% da mortalidade por DCV no Brasil.

Fatores possivelmente associados a essa diminuição envolvem uma maior cobertura e acesso a serviços de saúde, além da melhoria das condições de vida, incluindo maior renda e escolaridade, maior conhecimento acerca dos fatores de risco clássicos, melhor compreensão da distribuição espacial e temporal das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, melhoria na qualidade da informação e maior planejamento de ações de prevenção. A implementação e a expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Brasileira de 1988, permitiram ao Brasil abordar as mudanças nas necessidades de saúde da população, com dramática sofisticação da cobertura dos serviços de saúde e aumento da expectativa de vida em apenas três décadas. (CASTRO et al., 2019)

O Programa de Saúde da Família (PSF), lançado em 1994, é uma importante iniciativa da estratégia nacional para reduzir a mortalidade por DCV com base na atenção primária à saúde, cobrindo quase 123 milhões de indivíduos (63% da população brasileira) em 2015. (ANDRADE et al., 2018) A cobertura do PSF foi associada com redução nas hospitalizações e na mortalidade por DCV que foram incluídas na Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil, tendo seu efeito aumentado de acordo com a duração da implementação do PSF no município. (RASELLA et al., 2014) Estudos demonstram que a diminuição da mortalidade por DCV seguiu-se a uma melhora nas condições socioeconômicas locais. (LOTUFO, 2013; SOARES, 2013; VILLELA; KLEIN; OLIVEIRA, 2019)

Alguns autores chamam atenção para as diferenças regionais na evolução da epidemiologia cardiovascular. A redução nas taxas de prevalência ocorreu desigualmente, sendo maior nas regiões Sudeste e Sul, em particular nos estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que estão entre os mais desenvolvidos do país. Guimarães e demais autores observaram uma tendência geral de queda dos coeficientes de mortalidade por DIC e AVC no Brasil de 1980 a 2012, com marcadas variações regionais, sendo que as regiões Sudeste e Sul apresentaram os maiores coeficientes para os dois grupos de doenças e as regiões Norte e Nordeste, os menores. (GUIMARÃES, 2015)

A despeito dos avanços, a análise dos cenários futuros sugere a necessidade de abordar desigualdades geográficas persistentes, financiamento insuficiente, além de questões relacionadas ao acesso ao cuidado e à sua qualidade. (POLANCZYK, 2020) O Brasil é um país continental de extrema diversidade quanto a clima e condições ambientais, densidade populacional, desenvolvimento econômico e

características raciais e culturais. É importante considerar, nos planos de vigilância e de ações em saúde, as desigualdades no perfil epidemiológico entre as regiões do país.

## MENSAGEM AO LEITOR

O coração é um órgão extremamente famoso pela sua beleza e importância, tanto na Medicina como nas histórias, poesias e músicas românticas. Falar do coração é falar do órgão que bombeia sangue para todos os outros órgãos, nutrindo nosso corpo de oxigênio e, para os poetas, de amor. A Cardiologia jamais será só mais uma especialidade médica, para sempre será aquela que nutre todas as outras. Por isso, deixamos como recado para nossos leitores, que nunca subestimem nada relacionado ao coração, tanto na ciência, como no amor. Que ele seja sempre escutado e que suas necessidades sejam respeitadas por todos nós.

## REFERÊNCIAS

- ALGHATRIF, M.; LINDSAY, J. A brief review: history to understand fundamentals of electrocardiography. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, Baltimore, v. 2, n. 1, p. 1-5, Apr. 2012.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Brazil's family health strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998-2012). *Health Policy and Planning*, London, v. 33, n. 3, p. 368-380, 2018.
- BASKETT, T. F. *Eponyms and Names in Obstetrics and Gynaecology*. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde; IBGE. *Pesquisa nacional de saúde 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.
- BRASIL. Ministério da Saúde; IBGE. *Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
- BYNUM, W. F.; LAWRENCE, C.; NUTTON, V. (org.). *The emergence of modern Cardiology*. London: Wellcome Institute for the History of Medicine, 1985. (Medical History, 5).

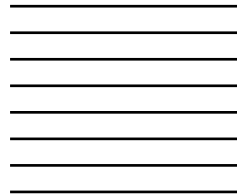
- CÂMARA FILHO, L. A. Quem foi Dante Pazzanese. *Hospital do Coração*, Natal, 2019. Disponível em: <https://hospitaldocoracao.com.br/novo/midias-e-artigos/artigos-nomes-da-medicina/quem-foi-dante-pazzanese/>. Acesso em: ago. 2021.
- CASAROTO, E. *et al.* Ecocardiografia à beira leito em pacientes graves. *Einstein*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 644-646, 2015.
- CASTILLO, J. Ecocardiografia: a história que vivi. [Entrevista concedida a] Larissa Nunes. *Blog Ecope*, Recife, 6 set. 2019. Disponível em: <https://blog.escolaecope.com.br/ecocardiografia-a-historia-que-vivi/>. Acesso em: 2 set. 2021.
- CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, London, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.
- CHENG, T. O. How Laënnec invented the stethoscope. *International Journal of Cardiology*, [s. l.], v. 118, n. 3, p. 281-285, 2007.
- COGNYS. Conheça Elizabeth Blackwell, a primeira médica. *Cognys*, [s. l.], 12 fev. 2021. Disponível em: <https://www.cognys.com/materia/conheca-elizabeth-blackwell-a-primeira-medica>. Acesso em: jul. 2021.
- DIAS, J. C. P. *et al.* II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 25, p. 7-86, jun. 2016. Edição especial.
- DIAS, J. C. P.; PRATA, A. R. Histórico: o primeiro inquérito sorológico nacional para doença de Chagas (Brasil, 1975-1980). *Portal da Doença de Chagas – Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://chagas.fiocruz.br/doenca/epidemiologia>. Acesso em: jul. 2021.
- DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.
- EDLER, I.; LINDSTRO, K. The history of echocardiography. *Ultrasound in Medicine & Biology*, Lund, v. 30, n. 12, p. 1565-1644, 2004.
- FENELON, S. Primeira Faculdade de Medicina do Brasil. *Imaginologia*, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.imaginologia.com.br/dow/Primeira-Faculdade-de-Medicina-do-Brasil.pdf>. Acesso em: jul. 2021.
- FIOCRUZ. Carlos Chagas: história. *InVivo: museu da vida*, Rio de Janeiro, 7 jan. 2003. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=109&sid=7>. Acesso em: jul. 2021.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FRAZÃO, D. Carlos Chagas: médico brasileiro. *eBiografia*, [s. l.], 17 abr. 2019. Disponível em: [https://www.ebiografia.com/carlos\\_chagas/](https://www.ebiografia.com/carlos_chagas/). Acesso em: 27 jul. 2021.
- FUNDAÇÃO ZERBINI. *Nossa História*. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.fz.org.br/nossa-historia/>. Acesso em: 27 jul. 2021.



- FYE, W. B. A history of the origin, evolution, and impact of electrocardiography. *The American Journal of Cardiology*, New York, v. 73, n. 13, p. 937-949, May 1994.
- GIFFONI, R. T.; TORRES, R. M. Breve história da eletrocardiografia. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 263-270, 2010.
- GISMONDI, R. Conheça Carlos Chagas, médico que descobriu a doença de Chagas. *PEBMED*, Rio de Janeiro, Infectologia, 3 jul. 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/conheca-carlos-chagas-medico-que-descobriu-a-doenca-de-chagas/>. Acesso em: jul. 2021.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, London, v. 392, n. 10159, p. 1789-1785, 2018.
- GRINBERG, M. Caminhos da Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 65, p. 65-72, 1995.
- GUEDES, C. Modo M Classic Series: imagens que auxiliam no diagnóstico. *Blog Ecope*, Recife, 28 set. 2020. Disponível em: <https://blog.escolaecopecom.br/modo-m-classic-series-auxiliam-diagnostico/>. Acesso em: jul. 2021.
- GUIMARÃES, R. M. *et al.* Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D.C., v. 37, n. 2, p. 83-89, 2015.
- HENRIK, P.; SVEND, N. Stethoscope: over 200 years. *Journal of Pulmonology and Respiratory Research*, East Windsor, v. 3, n. 1, p. 1-8, 2019.
- HOWELL, J. "Soldier's Heart": the redefinition of heart disease and specialty formation in early twentieth-century Great Britain. *Medical history*, Cambridge, supl. 5, p. 34-52, 1985.
- INSTITUTO DO CORAÇÃO. *Quem somos/História*. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.incor.usp.br/sites/incor2013/index.php/historia>. Acesso em: 26 jul. 2021.
- KLIGFIELD, P. Laennec and the discovery of mediate auscultation. *The American Journal of Medicine*, New York, v. 70, n. 2, p. 275-278, 1981.
- KRISHNAMOORTHY, V. *et al.* History of echocardiography and its future applications in medicine. *Critical Care Medicine*, Mount Prospect, v. 35, n. 8, p. 309-313, 2007.
- LAWRENCE, C. Moderns and Ancients: the 'New Cardiology' in Britain 1880-1930. *Medical History*, Cambridge, supl. 5, p. 1-33, 1985.
- LITTMANN, D. Approach to the ideal stethoscope. *JAMA*, [s. l.], v. 178, n. 5, p. 504-505, 1961.
- LOTUFO, P. A. *et al.* Income and heart disease mortality trends in Sao Paulo, Brazil, 1996 to 2010. *International Journal of Cardiology*, [s. l.], v. 167, n. 6, p. 2820-2823, 2013.

- LUNA, R. L. *Cem Anos da História da Cardiologia no Brasil*. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro, 1998. [Trechos da Apresentação da obra “Doenças do coração: prevenção e tratamento” de Celmo Celeno Porto, 1998]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/caminhos/01/default.asp>. Acesso em: jul. 2021.
- LUNA, R. L. *Sociedade Brasileira de Cardiologia – cinquenta anos de história*. Belo Horizonte, 1993.
- MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças cardiovasculares segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade e as estimativas do Estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2000-2017. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 115, n. 2, p. 152-160, 2020.
- MELO-SILVA, A. M. *et al.* Hospitalizations among older adults: results from ELSI-Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, supl. 2, p. 3s, 2018.
- NASCIMENTO, B. R. *et al.* Cardiovascular disease epidemiology in portuguese-speaking countries: data from the “Global Burden of Disease”, 1990 to 2016. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 110, n. 6, p. 500-511, 2018.
- OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 115, n. 3, p. 308-439, 2020.
- PICCARDI, V. L. A. M. História das mulheres médicas na cirurgia cardiovascular brasileira. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 190-192, 2004. Disponível em: <https://www.bjcv.org/article/1020/pt-BR/historia-das-mulheres-medicas-na-cirurgia-cardiovascular-brasileira>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- POLANCZYK, C. A. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares no Brasil: a verdade escondida nos números. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 115, n. 2, p. 161-162, 2020.
- PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr. 1992.
- RASELLA, D. *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *The BMJ*, London, v. 349, p. g4014, 2014.
- REIS, N. B. Evolução histórica da cardiologia no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 371-386, jun. 1986. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/caminhos/05/>. Acesso em: jul. 2021.
- REVISAMED. Dia da Mulher: cresce participação da mulher na Medicina. *Revisamed: Revisional em Medicina*, Juiz de Fora, 6 mar. 2020. Disponível em: <https://www.revisamed.com.br/residencia-medica/mulheres-medicas-revisamed/>. Acesso em: jul. 2021.

- RISI JUNIOR, J. B.; NOGUEIRA, R. P. (coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 118-235.
- SCHEFFER, M. *et al.* *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2018.
- SILVERMAN, B.; BALK, M. Digital stethoscope-improved auscultation at the bedside. *The American Journal of Cardiology*, New York, v. 123, n. 6, p. 984-985, 2019.
- SIMÃO, A. F. *et al.* I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 101, n. 6, supl. 2, dez. 2013
- SOARES, G. P. *et al.* Evolution of socioeconomic indicators and cardiovascular mortality in three Brazilian states. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 100, n. 2, p. 147-156, 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SEÇÃO BAHIA. *Adriano Pondé (1947)*. Galeria de Ex-Presidentes. Salvador, 2020. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/sbc-ba/adriano.asp>. Acesso em: jul. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SEÇÃO BAHIA. *História*. Salvador, 2020. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/sbc-ba/historia.asp>. Acesso em: jul. 2021.
- SOUZA, R. O. P. *História da Cardiologia no Brasil: a construção de uma especialidade médica (1937-1958)*. 2017. Dissertação (Mestrado em História da Medicina) – Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.
- VILLELA, P. B.; KLEIN, C. H.; OLIVEIRA, G. M. M. Socioeconomic factors and mortality due to cerebrovascular and hypertensive disease in Brazil. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, Lisboa, v. 38, n. 3, p. 205-212, 2019.



## 9 HISTÓRIA DA NEFROLOGIA

*Camila Silva Bastos  
Gabriel Martins Nogueira  
Gabriel Souza Suzart  
Mariana Camelier Mascarenhas  
Maria Luisa Passos Evangelista  
Moisés Santana Oliveira*

Hemodiálise,  
por Ernane Gusmão<sup>1</sup>

*Pulsa na agulha o sangue rutilante,  
Como indeciso por deixar a veia.  
Desliza pelo equipo, vacilante,  
E inunda de vermelho a trilha cheia.  
À frente do rolete que o bombeia  
Embebe o capilar purificante,*

---

1 Retirado do livro *Sonetos* (2015).

*Fluindo pelos poros da bateia  
A ganga impura do rubi migrante  
Vai e volta, corrente volemia,  
E liberta das teias da uremia,  
Devolve o reviver ao padecente...  
Que é bela e nobre, a sina desse engenho;  
Dá vida à morte e muda esse desenho  
De um pôr de sol, em lindo sol nascente.*

O soneto “Hemodiálise”, escrito pelo dr. Ernane Gusmão, discorre de forma lúdica e bela sobre o ofício da Nefrologia. Para muitos, tornar atraente um tema como a diálise é uma tarefa difícil ou até mesmo impossível. O comediante britânico John Oliver, ao apresentar um episódio do premiado programa televisivo *Last Week Tonight with John Oliver*, antecipou a reação do público ao declarar que o principal assunto da noite seria diálise. Em tradução livre, o apresentador disse: “[...] Iremos falar sobre diálise renal e eu sei que, agora, você provavelmente está se preparando para apertar o botão do seu controle remoto que diz ‘Querido Deus, literalmente qualquer outra coisa’”. (DIALYSIS, 2017)

Contudo, como exemplificado pelo poema dr. Ernane Gusmão, a diálise e a Nefrologia são intrinsecamente interessantes. Etimologicamente, o termo não salta aos olhos como algo diferente das demais palavras que nomeiam as principais especialidades médicas: um radical derivado do grego ou do latim (nesse caso, *nephros*), acrescido do sufixo grego *logos*. Assim sendo, em uma definição crua, a Nefrologia é simplesmente “o estudo dos rins”. Entretanto, se nos aprofundarmos na linguística envolvida, descobriremos que *nephros* advém de outra palavra grega: *nephos*, que significa “nuvem”. (DIAMANDOPOULOS, [20--?]) Crê-se que a associação entre rins e nuvens decorra da capacidade de ambos de produzirem líquido, respectivamente, na forma de urina e de chuva.

Fazendo jus à origem de seu nome, a Nefrologia provou-se uma área fascinante e por vezes envolta em uma nuvem de mistérios. A clínica renal é frequentemente descrita como “desafiadora” e está em constante evolução. Para compreendermos o atual cenário da área e seu futuro, é necessário que antes entendamos o seu passado.

## **A NEFROLOGIA DO MUNDO ATÉ O BRASIL**

A Nefrologia conta com um aparato técnico e tecnológico bastante robusto atualmente: técnicas de microscopia, dosagens de marcadores da função renal, exames

de imagem avançados, entre várias outras ferramentas que permitem um olhar cada vez mais acurado sobre a forma e a função dos rins. Contudo, esse é um resultado de anos de evolução. Nem sempre foi assim. Os conhecimentos que dão base para a Nefrologia de hoje têm ascendência milenar. (FINE, 2013)

O fluido mais acessível do corpo humano é a urina e, por esse motivo, ela sempre despertou o interesse de quem observava alguma alteração nas suas características, independentemente de estar na posição de médico ou paciente. A urina era considerada o portal de notícias sobre o funcionamento do organismo humano, e, por isso, a análise de urina é considerada o exame laboratorial mais primitivo da história da humanidade, empregado há mais de 6 mil anos por inúmeras civilizações. (ECHEVERRY; HORTIN; RAI, 2010)

Richard Bright (1789-1858) é um dos nomes de maior destaque na história da Nefrologia. Foi ele quem documentou pela primeira vez a correlação entre proteinúria, edema e doença renal. Com isso, o exame de urina passou a ser visto como ferramenta diagnóstica cientificamente comprovada para nefropatias. Em sua obra *Reports of Medical Cases*, de 1827, ele relatou por escrito nunca ter examinado o corpo de um paciente morrendo com edema e com urina coagulável (ou seja, com alta concentração de proteína) sem encontrar também algum desarranjo nos rins, esboçando o que viria a ser definido como síndrome nefrótica.

A função renal é de alta importância para a saúde humana. Provavelmente a maioria dos brasileiros já ouviu falar que a diferença entre o remédio e o veneno está na dose. Isso não é apenas uma expressão popular, mas uma verdade no campo das ciências médicas. Uma mesma substância que pode resgatar a saúde, pode causar a morte. Isso não vale só para remédios, mas também para sais, proteínas, hormônios, entre outras substâncias. Para se manter vivo, o corpo precisa ter a dose exata de cada substância circulando no sangue e os protagonistas desse espetáculo biológico são os rins.

Quando os rins falham, como em casos de insuficiência renal, algo precisa ser feito para alcançar essa regulação. Caso contrário, o desfecho pode ser fatal em dias ou em semanas. Há séculos, os tratamentos incluíam banhos quentes e sangrias, por exemplo. Atualmente, o cenário é outro; máquinas de alta tecnologia cuidam do processo.

De forma inovadora, no verão de 1924, o médico alemão Georg Haas realizou ensaios experimentais que tinham como objetivo avaliar o desempenho de uma máquina extracorpórea na filtração sanguínea de pacientes com insuficiência renal crônica. Esses estudos aconteceram na Universidade de Giessen e são um ponto alto na história da Nefrologia ao documentar a primeira diálise feita em um ser humano. (BENEDUM, 2003)

Segundo o Portal da Diálise, ao final da década de 1930, em um hospital universitário na Holanda, um novo fato marcou a história de progressos da Nefrologia. Ao ver um rapaz morrer de falência renal lentamente, Willem Kolff (1912-2009), jovem médico na época, se debruçou sobre pesquisas, aprendendo sobre remoção de toxinas do sangue. Logrando êxito nesses estudos, conseguiu propor uma solução para o caso, a qual, mais tarde, seria reconhecida como o primeiro rim artificial funcional da história.

Kolff criou um cilindro rotativo capaz de filtrar o sangue humano mesmo com recursos limitados, utilizando uma máquina de lavar roupa como base da estrutura e tripas para enchidos, garrafas de sumo de laranja e papel de celofane na função de filtragem. Meio litro de sangue circulava nesse aparelho e era reinfundido, em um processo que durava por volta de seis horas.

Em frente à máquina de diálise construída por Hass, o cilindro rotativo de Kolff apresentava algo novo: um sistema de propulsão sanguínea que permitia uma diálise contínua. Essa tecnologia propiciou o primeiro relato da história de recuperação da função renal por um rim artificial. Em 1945, poucos anos após sua invenção, o cilindro de Kolff permitiu que uma senhora de 67 anos em coma urêmico restabelecesse o seu nível de consciência após cerca de 11 horas de diálise, vivendo mais sete anos a partir desse momento.

Quatro anos depois, a invenção de Kolff é replicada no Brasil, quando o médico Tito Ribeiro de Almeida utilizou o rim artificial para tratar uma paciente com 27 anos de idade portadora de insuficiência renal no Hospital das Clínicas de São Paulo. A partir disso, a Nefrologia despontou no Brasil. Segundo a Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo, o número de pacientes dialisados, que somavam cerca de 500, em 1979, passou para 100 mil em 2014.

Entre um ano e outro, houve avanços em moléculas coagulantes, em processos de filtração sanguínea e em dispositivos acessórios, aumentando a segurança e a efetividade do tratamento dialítico, atraindo financiamentos e, conseqüentemente, ampliando cada vez mais sua área de abrangência.

No Brasil, a Nefrologia restrita, por volta de 1952, a São Paulo e ao Rio de Janeiro alcançou Salvador, Recife, Belo Horizonte, Vitória, Porto Alegre, Fortaleza e Curitiba nos anos seguintes. Essa especialidade continuou conquistando, aos poucos, maior espaço em outras regiões, sendo impulsionada especialmente pela demanda por serviços de diálise. Foi, sem dúvidas, um percurso intenso, partindo da abordagem das doenças renais em teses de doutorados até a construção de serviços de residência, definindo a Nefrologia como especialidade médica. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

## A NEFROLOGIA NA BAHIA

A história da Nefrologia na Bahia é marcada por começos e recomeços e contou com grandes nomes e serviços que ajudaram a criar e alavancar essa importante especialidade, fazendo com que a Nefrologia baiana tenha hoje importância nacional e mundial.

### OS PRIMEIROS PASSOS

O ponto de partida da especialidade começou, ainda, no século XIX, com a publicação de teses de doutorado sobre o tema na então Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), que seria posteriormente incorporada à hoje conhecida Universidade Federal da Bahia (UFBA). A primeira tese relacionada à Nefrologia foi publicada no ano de 1863 e, desde então, o tema atrai muitos entusiastas. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

A *Gazeta Médica da Bahia*, mais importante revista científica brasileira desse período, publicou a pesquisa intitulada “Algumas das dificuldades no diagnóstico do beriberi e das nephritis”, de autoria de Ramiro Affonso Monteiro. No Brasil e, conseqüentemente, na Bahia, esse foi o primeiro artigo nefrológico publicado em um periódico de grande circulação.

Por volta do mesmo período, Raimundo Nina Rodrigues estudava a incidência das nefrites e dr. João Américo Garcez Fróes publicava “A cryoscopia da urina”, dando, assim, o pontapé inicial para o que viria a ser a Nefrologia. Em 1902, tornou-se público o primeiro livro de interesse nefrológico o *Manual de semeiologia da urina: exame physico, chimico e histo-bacteriano da excreção urinária*. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

Apesar do constante aumento de interesse pela área, a Nefrologia só foi reconhecida como especialidade médica em 1953, tendo o dr. Heonir Rocha ajudado a consolidá-la em 1957. Nesse período, não existiam programas específicos para a formação de especialistas, de modo que o tema era ensinado na residência de clínica médica e a grupos interessados que foram se formando no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES). (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

Aos poucos, as pesquisas na área foram ampliadas, de forma que as décadas de 1960 e de 1970 se tornaram um marco de ruptura na história do ramo. Em 2 de agosto de 1960, foi fundada a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a qual promoveu o primeiro Congresso Brasileiro de Nefrologia dois anos depois. O início da diálise peritoneal na Bahia se deu em 1966, implantada por dr. Ernane Gusmão. Em 1969, os doutores Ronaldo Lima, Edílson Brito e Heonir Rocha foram auto-



res de um artigo que deu surgimento ao que hoje é conhecido como Nefrologia tropical, intitulado “Glomerulonefite crônica associada à hepato-esplenomegalia esquistosomótica”. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

Apesar de o programa de residência médica ter surgido na Bahia em 1956, foi apenas em 1970 que o dr. Heonir Rocha criou formalmente a residência médica de Nefrologia, no HUPES, que foi a pioneira na Bahia. Um ano depois, foi instituída a regional Bahia da SBN (SBN-BA). Doutor Heonir Rocha foi consagrado o primeiro presidente dessa subdivisão. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2021)

Em 1972, os doutores Ernane Gusmão e Francisco Queiroz iniciaram, no HUPES, o primeiro serviço de hemodiálise no estado. A partir disso, e percebendo os benefícios da diálise na vida dos pacientes, a Nefrologia se expandiu por Salvador e pelo interior. A partir daí, o serviço foi instituído também no Hospital Ana Nery e, mais tarde, em outros hospitais do município. Em Itabuna, foi criada uma unidade com diálise peritoneal em 1973, mas apenas em 1978 a hemodiálise iniciou suas atividades. Após isso, outras cidades do interior começaram a receber máquinas de diálise. Já no fim da década de 1970, foi publicada a primeira edição do *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, pela SBN, o que ajudou a desenvolver ainda mais o conhecimento nefrológico. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

Os anos 1980 marcaram, logo no começo da década, o primeiro transplante renal feito na Bahia, que ocorreu no Hospital Português, em Salvador. Em 1985, o programa de transplante renal começou em Feira de Santana, que se tornou a primeira cidade do interior a oferecer esse procedimento. Porém, esses programas, devido à alta complexidade, foram marcados, historicamente, por diversos períodos de interrupções, por exemplo, em 1988 houve a tentativa de implementar o serviço de transplante renal no Hospital Ana Nery, mas ele não chegou a durar muito tempo. Outro caso ocorreu em Feira de Santana, que no ano de 1997 finalizou o programa de transplante por dificuldades técnicas, deixando o interior do estado sem assistência. Até hoje, o HUPES não oferece o serviço. Ainda na década de 1980, a Nefrologia começou a se dividir em subespecialidades, com a criação da nefropediatria, no Hospital Martagão Gesteira, em Salvador. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

## DIÁLISE

A prática dialítica chegou no Brasil em 1957 de forma semelhante à que se instalou em outros países da América Latina: estudantes e clínicos interessados no procedimento se especializaram em serviços de diálise no exterior, onde ela era rotineira, e trouxeram o conhecimento e experiência adquiridos para o Brasil.

As primeiras hemodiálises no Brasil foram realizadas em pacientes com insuficiência renal aguda, em São Paulo, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), e no Rio de Janeiro, no Hospital dos Servidores do Estado. Pouco tempo depois, o grupo de São Paulo teve a visita do dr. Gabriel Richet – progonho da Nefrologia europeia e precursor da prática dialítica – por cerca de dois meses, que abrilhantou a prática da diálise, ajudando no manuseio e no estímulo à utilização dos processos dialíticos nesse centro. (ROCHA, 1992)

Apesar dos avanços no que tange às técnicas em diálise (hemodiálise e diálise peritoneal), foi apenas no final de 1962 que elas foram usadas para o tratamento de pacientes com Doença Renal Crônica (DRC), no HC-USP, em São Paulo. Os médicos brasileiros precursores dessa prática foram influenciados pelo grupo do prof. Scribner em Seattle, que desenvolveu o shunt arteriovenoso. Nesse cenário, cabe destacar o trabalho do dr. Adyr Mulinari, de Curitiba, que recebeu influência direta desse grupo, na Universidade de Seattle, e organizou, ao retornar, o serviço de hemodiálise. O grupo, formado em Curitiba no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, um dos primeiros núcleos, e mais relevantes para a implantação de hemodiálise crônica na prática clínica brasileira, e para o treinamento de interessados. Na mesma época, o dr. Emil Sabbaga retornava de Boston e iniciava no HC-USP a hemodiálise e diálise peritoneal para o tratamento de pacientes renais crônicos. (ROCHA, 1992)

Na Bahia, o serviço de diálise peritoneal foi implementado antes mesmo da disciplina Nefrologia. O prof. Jorge Valente ofereceu ao dr. Ernane Gusmão, que à época ainda era estudante do internato de Medicina na Universidade Federal da Bahia (UFBA), a perspectiva da chefia do primeiro serviço de diálise no Norte e Nordeste, assim que completasse sua graduação. A posição de dr. Ernane como chefe do serviço seria consolidada no momento em que ele completasse sua graduação. Doutor Ernane aceitou a proposta animado.

Contudo, o prof. Jorge Valente insistiu que dr. Ernane permanecesse na área de Urologia. Como Ernane possuía uma formação clínica, e a Urologia era uma especialização em cirurgia, o professor impôs que o serviço não seria em Nefrologia, mas em “urologia clínica”. Após a assertiva do prof. dr. Ernane, o prof. Jorge Valente conseguiu para ele uma bolsa de estudos no Centro de Aperfeiçoamento das Equipes em Saúde (CAPES) pelo CNPq, e, após alguns meses, dr. Ernane embarcava para o Rio de Janeiro, onde se especializou na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado de Guanabara. (GUSMÃO, 2016)

Em 1968, após especialização no Rio de Janeiro, o agora professor, dr. Ernane comandava, ainda no serviço de Urologia, a primeira sessão de hemodiálise do Norte e Nordeste. Seu tão estimado preceptor, o prof. Jorge Valente, faleceu em 1970. Doutor Ernane permaneceu na Urologia, enquanto o seu professor esteve

vivo, como havia prometido. (GUSMÃO, 2016) Ainda em 1970, com a reforma do ensino, foi implementada a disciplina de Nefrologia na UFBA, sob coordenação de dr. Heonir Rocha. A disciplina passou a integrar o Departamento de Doenças do Aparelho Urinário, juntamente com a disciplina de Urologia. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

A princípio, a hemodiálise não era feita em portadores de DRC, mas em casos de lesão renal aguda (LRA) ou DRC agudizada. Apesar disso, se iniciou em 1972 o programa de hemodiálise crônica no HUPES, sendo o primeiro na Bahia. Tal programa contou com apenas um paciente e funcionou até 1976, quando encerrou suas atividades. Após essa data, pacientes internados ainda tinham acesso a tratamentos dialíticos, mas já não havia uma forma de planejamento a fim de promover esse acesso organizado, que era feito a depender da demanda no ambulatório. Já em 1991, foi inaugurada a primeira unidade de hemodiálise da Bahia, no HUPES, com o mérito de um dos seus maiores expoentes: o dr. Heonir Rocha. Hoje, os serviços de hemodiálise ainda são concentrados nas grandes cidades e o número de especialistas não atende à demanda dos pacientes. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015) Ao longo dos anos, foram iniciados novos programas de diálise, com enfoque na expansão para o interior do estado, tendo sido o primeiro em 1973, quando foi implementado o serviço de Nefrologia e diálise peritoneal em Itabuna, seguido pelo de hemodiálise em 1978. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

Contudo, a oferta de programas de diálise ainda é insuficiente na Bahia, sendo desproporcional ao número de pacientes na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O HUPES, que deveria funcionar com 20 máquinas, atendendo a 120 pacientes, chegou a manter 8 máquinas em funcionamento em 2015, com apenas 16 pacientes assistidos, devido aos baixos investimentos em procedimentos dialíticos. Tal fato é ainda mais preocupante se forem analisados os números crescentes de pacientes portadores de diabetes e hipertensão no estado da Bahia. (BAHIA, 2016) Existem 51 centros de diálise na Bahia, sendo 8 deles serviços públicos, e 16 localizados em Salvador. Contudo, apenas 11 deles prestam serviço para o SUS, cada um com mais de 1.300 pacientes em diálise, em capacidade máxima. (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, [201-?])

## TRANSPLANTE RENAL

O primeiro transplante renal em solo brasileiro ocorreu em 1965, no HC-USP, em São Paulo, tendo sido entre dois irmãos, ambos vivos. Algumas complicações ocorreram, mas o procedimento foi bem-sucedido, e o paciente transplantado viveu oito anos após a cirurgia. Nesse mesmo ano, três outros transplantes ocorreram no

HC-USP, também em São Paulo, todos de doadores vivos. Nessa época, a tipagem HLA (Human Leukocyte Antigens) não era conhecida, já que surgiu apenas em 1969, e o teste imunológico a ser feito para definir compatibilidade era a tipagem sanguínea, baseada no sistema ABO. Além disso, a imunossupressão dos pacientes era feita com azotioprina e, por vezes, prednisona. Ao longo dos anos, foram surgindo novos centros de transplante renal pelo Brasil, especialmente no eixo Sul-Sudeste, sendo que a maioria ocorreu em hospitais universitários. (ROCHA, 1992)

Na Bahia, a chegada dos transplantes renais ocorreu no Hospital Português, onde, em 1980, a primeira cirurgia desse tipo, feita pela equipe de dr. Ivo Coelho Silva e de dr. Antonio J. Vinhaes, e assim, se iniciou o primeiro programa de transplantes renais do estado. A princípio, esse procedimento só ocorria entre pacientes vivos e com parentesco, e o primeiro transplante com doador cadáver nesse hospital ocorreu em 1984. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

Em 1985, houve a expansão dos horizontes do transplante renal para o interior do estado, quando, na Clínica Senhor do Bonfim, em Feira de Santana, foi iniciado o programa de transplante renal, pelos doutores Edson Paschoalin e José Andrade Moura, mantido em funcionamento até 1997. Houve também uma tentativa em Itabuna, em 2002, mas rapidamente foi suspenso, só sendo retomado em 2011. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

É interessante mencionar que a chegada do programa de transplantes não se deu no HUPES, que era o centro da Nefrologia da Bahia da época devido à falta de estrutura para abarcar um serviço de tamanha complexidade, apesar de os nefrologistas atuantes no HUPES à época serem capacitados em transplante renal. Houve tentativas em 1995, e alguns transplantes ocorreram, mas não havia condições de continuar realizando tais cirurgias no HUPES, e o programa se encerrou em 2001. Até a atualidade, não foi possível implementar com sucesso um centro de transplantes renais no HUPES, mesmo com os esforços e interesse da equipe desse local. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

No Hospital Ana Nery, em Salvador, tentou-se implementar um programa de transplante renal em 1988, que foi interrompido pouco tempo depois e reiniciado em 2008. (BAHIA, 2016) Em 2009, se iniciou o programa de transplantes pediátricos nesse hospital, sendo o primeiro da Bahia. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015) Atualmente, o Hospital Ana Nery tem o maior centro de transplante renal da Bahia, tendo realizado 105 transplantes renais em 2018 e 128 de janeiro a novembro de 2019. (RODRIGUES, J., 2019)

De janeiro a novembro de 2020, foram realizados 224 transplantes renais na Bahia (217 de doador cadáver e 7 intervivos), o que representa 1,5 transplante por 100 mil habitantes. Assim, a Bahia está na primeira colocação em realização de transplantes no Nordeste no número absoluto, sendo também o único do

Brasil que não suspendeu esse tipo de cirurgia durante a pandemia de covid-19. Atualmente, há seis hospitais em Salvador que realizam transplantes: Hospital Ana Nery, Hospital Martagão Gesteira, Hospital Geral Roberto Santos, Hospital São Rafael, Hospital Português, Hospital Córdio Pulmonar. No interior do estado, esse procedimento ocorre em Feira de Santana, nos Hospitais Dom Pedro de Alcântara e Hospital EMEC; em Vitória da Conquista, ocorre no Hospital Instituto Brandão de Reabilitação (IBR). Ainda há cerca de 500 pessoas na fila do transplante renal, o que demonstra o grande potencial de crescimento dessa área no estado da Bahia, com aumento quantitativo dos centros de transplantes existentes e surgimento de novas unidades aptas a realizar esse tipo de cirurgia. (BAHIA, 2020)

## NEFROLOGIA CLÍNICA

A prática médica, ao se aprimorar, é grata à pesquisa clínica. Nesse sentido, em julho de 1866, a *Gazeta Médica da Bahia* foi lançada pelo prof. Virgílio Climaco Damázio e se tornou a revista científica brasileira mais relevante daquele século, construindo uma fonte de contribuições importantes para a prática da Nefrologia Clínica que extrapolaram o território baiano. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

A primeira publicação na revista que versou sobre a Nefrologia foi desenvolvida pelo prof. Ramiro Affonso Monteiro, membro da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), com o título “Algumas das dificuldades no diagnóstico do beribéri e das nephritis”, revelando a importância da análise completa de urina, feita em tempo e momento oportunos, para diferenciar os diagnósticos dessas duas condições. (MONTEIRO, 1891)

Raimundo Nina Rodrigues, outra grande referência médica baiana, analisou os dados do Hospital Santa Casa da Misericórdia, de 1870 a 1890, com o objetivo de avaliar a frequência das nefrites crônicas em Salvador e desvendar os fatores associados à ocorrência e aumento do número de casos de nefrite na região. Nos últimos cinco anos avaliados, ele observou um aumento da frequência não relacionado ao aumento populacional ou progresso no capital técnico da propedêutica.

Dentre as possíveis causas, Nina Rodrigues elencou o papel de certas doenças, como a sífilis e a tuberculose, mas ressaltou a possibilidade de envolvimento das intoxicações por agentes químicos, do álcool ao chumbo, sem deixar de ressaltar os problemas alimentares, que, na sua percepção, era a causa mais provável para o aumento das nefrites em Salvador. (RODRIGUES, N., 1891)

De 1866, quando sua primeira edição foi lançada, até 1934 e, depois, entre 1966 e 1972, a *Gazeta Médica da Bahia* se manteve constante com publicações importantes para os avanços da prática clínica da Nefrologia baiana. Em 1969, os doutores

Ronaldo Lima, Edílson Brito e Heonir Rocha se uniram na publicação de um clássico, o estudo intitulado “Glomerulonefrite crônica associada a hepato-esplenomegalia esquistossomótica”. Esse estudo foi pioneiro na descrição do envolvimento renal na forma hepato-esplênica da esquistossomose mansônica, sendo um marco para a origem da Nefrologia Tropical. (LIMA; BRITO; ROCHA, 1969)

Em 1972, a produção da *Gazeta Médica da Bahia* foi interrompida, mas a produção científica baiana continuou. Na primeira edição do *Fellow in Hepatology Jornal Brasileiro de Nefrologia*, em 1979, os doutores Heonir Rocha, Reinaldo Martinelli, Ernane Gusmão e Edílson Brito marcaram presença com o artigo “Aspectos da evolução clínica da glomerulopatia associada à esquistossomose mansônica”. (MARTINELLI et al., 1979)

Desde a primeira publicação nefrológica do país, feita pelo prof. Ramiro Affonso Monteiro, até as mais atuais, ocorreram diversas mudanças. A Nefrologia aproximou-se como nunca da Fisiologia e da Biologia Molecular, os testes laboratoriais se tornaram mais específicos e a incidência das doenças renais aumentou consideravelmente. E, apesar da histórica contribuição na área acadêmica pela Nefrologia baiana, ainda há muito para avançar.

Há uma separação excessiva das ciências básicas e da prática nefrológica diária, não apenas no âmbito da pesquisa, mas também na clínica. No exterior e em outros locais do Brasil, tenta-se entender melhor a fisiopatologia das doenças renais e aproximar a Biologia Molecular do ambulatório, com publicações deveras futuristas sobre a geração de podócitos a partir de células da pele, por exemplo. (MUSAH et al., 2018) Aqui na Bahia, mantemos as práticas de pesquisas por vezes engessadas, que são sim importantes para o aumento do conhecimento da área, mas não estão mais na vanguarda de novas descobertas. Assim, por falta de investimento, a Nefrologia baiana perde um pouco seu brilho e destaque, apesar de manter as mentes exponenciais que a geraram.

Os testes laboratoriais vêm tomando cada vez mais local de destaque nessa especialidade, tudo isso graças às pesquisas na área. O entendimento do metabolismo do sódio, do potássio e de outros eletrólitos – e sua dosagem sérica – levou ao melhor controle dos distúrbios hidroeletrólíticos, sendo esse apenas um dos diversos avanços. Estudos sobre a fisiopatologia da doença óssea, por exemplo, trouxeram um controle desse quadro em pacientes com DRC que antes era simplesmente impensável, até mesmo o manejo da eritropoietina nesses pacientes renais vem melhorando ao longo dos anos. Porém, há muito o que melhorar, ainda não se sabe sobre o correto tratamento de diversas glomerulopatias ou sobre a toxicidade relacionada a eritropoietina, por exemplo.

Na Bahia, com a precária estrutura, a situação é ainda pior, chegando ao absurdo de alguns testes de imunogenética, para realização do transplante renal, precisarem

ser feitos em outros estados. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015) Como falado anteriormente, o mundo está aproximando cada vez mais a Biologia Molecular da clínica e, na Bahia, ainda são necessários muito mais investimentos na área para se conseguir esse feito.

A LRA e a DRC tornaram-se grandes epidemias nas últimas décadas, fazendo com que, a despeito dos problemas, a importância do nefrologista aumentasse. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015) Apesar do aumento da sobrevida e da qualidade de vida dos pacientes renais, devido, principalmente, aos importantes estudos na área, a evolução do equipamento de diálise e a instrução da equipe, ainda há um longo caminho a seguir. É necessário lutar por melhores condições de trabalho e de pesquisa assim como pelo aumento no número de profissionais, que, atualmente, é insuficiente para suprir a demanda do mercado.

## DA GRADUAÇÃO À RESIDÊNCIA

Quando falamos da Bahia, os primeiros registros de produções acadêmicas voltadas à Nefrologia datam de 1859. Foram apresentadas três teses à FMB, sendo duas para o cargo de professor substituto da Secção de Ciências Médicas e uma para o de professor opositor da Secção de Ciências Acessórias. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

AUTOR	TÍTULO
Joaquim Antônio de Oliveira Botelho	<i>Toda albuminúria será sintomática de uma afecção dos rins?</i>
Luiz Alvarez dos Sanctos	<i>Que modificações sofre o sangue nos rins na formação de urina?</i>
Pedro Ribeiro de Araújo	<i>O estudo químico da urina interessa ao médico?</i>

Ao longo do restante do século XIX e do século XX, várias teses de cunho nefrológico foram apresentadas à FMB. Tal instituição também foi casa do prof. João Américo Garcez Fróes, o qual publicou o primeiro livro brasileiro voltado para essa área, intitulado *Manual de semeiologia da urina: exame physico, chimico e histo-bacteriano da excreção urinária*. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

Apesar desses fortes predecessores, a Nefrologia surgiu como especialidade médica na Bahia, de fato, na década de 1950. Seu nascimento, como dito anteriormente, é marcado pelo retorno de Roberto Santos, em 1953, e de Heonir Rocha, em 1957, após um período em que ambos estiveram em treinamento nos Estados Unidos da América. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

No seu período inicial, a Nefrologia era ensinada no programa de clínica médica e seu ensino era não só teórico como também prático, utilizando-se das enfermarias e ambulatórios do HUPES. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015) Atualmente,

o estudo dos rins é abordado durante a formação de todo médico, geralmente atrelada ainda a componentes curriculares de Clínica Médica. No ciclo básico, o aprendizado dessa especialidade é direcionado ao estudo da anatomia e fisiologia renal e à semiologia básica do aparelho urinário.

No ciclo clínico, introduz-se o estudo clínico, teórico e prático da Nefrologia; o método empregado nessa etapa varia de acordo com a instituição de ensino superior, indo de aulas expositivas a discussões de casos clínicos. No internato, possivelmente a fase mais crucial da graduação, é raro que as instituições possuam um rodízio dedicado à Nefrologia. Isso mostra como a formação do médico generalista na Bahia ainda é muito precária no que se refere a essa área. Algumas faculdades do estado sequer possuem a disciplina ou um professor titular de Nefrologia. Esse cenário também é comum de ser visto fora do estado, apesar de haver exceções à regra.

Nesse sentido, nota-se pouco interesse dos estudantes de forma geral pela Nefrologia. Entre os fatores motivadores dessa situação, encontram-se a complexidade da área e o pouco contato com ela durante a formação, seja pela ausência de componentes curriculares que a abordam de forma suficiente ou pela falta de professores que inovem em sala de aula e atraiam a atenção dos estudantes. Esse último fator, inclusive, foi apontado por diversos estudos como um dos pontos mais cruciais na escolha ou não escolha da especialização em Nefrologia. Outros motivos que influenciam jovens médicos a seguirem o caminho da clínica renal são a relação a longo prazo com os pacientes e um bom equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, além, claro, de interesse na área. Alguns aspectos que afastam os profissionais da ideia de tornarem-se nefrologistas são a pouca quantidade de procedimentos práticos, a complexidade do manejo de pacientes renais crônicos e a percepção de baixa remuneração. (MOURA-NETO, J., 2021)

De maneira extracurricular, as ligas acadêmicas mostram-se importantes para o engajamento estudantil na área. No XXX Congresso Brasileiro de Nefrologia, realizado de forma *on-line* no ano de 2020, a seção dos anais intitulada “Ligas Acadêmicas” conta com dez resumos. (CONGRESSO BRASILEIRO DE NEFROLOGIA NEFROLOGIA, 2020) Essa categoria, inclusive, não abarca a totalidade da produção científica desses estudantes, uma vez que não considera os trabalhos que foram submetidos em outras categorias. Atualmente, segundo dados da regional Bahia da SBN, existem cinco ligas filiadas à organização:

1. Liga Acadêmica de Nefrologia (LANEF), vinculada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública;
2. Liga Acadêmica de Nefrologia e Urologia (LANURO), vinculada à Unime;
3. Liga Acadêmica de Nefrologia e Urologia (LANU), vinculada à Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC);



4. Liga Acadêmica Baiana de Nefrologia (LIBANE), vinculada à Universidade Salvador (Unifacs);
5. Liga Acadêmica de Nefrologia (LANEFRO), vinculada à Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Além dessas, existem registros de uma liga acadêmica de Nefrologia no Centro Universitário São Francisco de Barreiras (UNIFASB), também intitulada Liga Acadêmica de Nefrologia (LANEFRO). A UFBA e a Universidade do Estado da Bahia (UNEB) não possuem ligas voltadas para a área.

O primeiro programa de residência médica em Nefrologia na Bahia, conforme previamente mencionado, foi criado pelo prof. Heonir Rocha em 1970 e, nos seus primórdios, chegou a ter apenas uma residente, a dra. Antonia Pimenta Kuehnitzc. Em 1983, pediatras começaram a ser aceitos no Programa de Residência Médica de Nefrologia do HUPES, o que culminou na formação das primeiras nefropediatras do estado. Já no ano 2000, a residência médica em Nefrologia do HUPES foi suspensa com o encerramento do programa de hemodiálise. Após quatro anos, houve a reativação desse programa e, com isso, a residência em Nefrologia nesse hospital foi reformulada e permanece ativa até hoje. (COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA BAHIA, 2021; MARTINELLI; GUSMÃO, 2015) Atualmente, está sob supervisão do dr. Paulo Novis Rocha, filho de dr. Heonir Rocha.

Com o passar dos anos, outros programas de Residência Médica em Nefrologia surgiram no estado, como os do Hospital Ana Nery (iniciado em 1985), do Hospital São Rafael (2008) e o da Clínica Senhor do Bonfim (2011), essa última localizada em Feira de Santana. São essas instituições, inclusive, que ofertaram vagas para novos residentes através do Processo Seletivo Unificado de Residência Médica para o primeiro período de 2021. Ao todo, 13 vagas foram ofertadas, sendo 5 pelo HUPES, 4 pelo Hospital Ana Nery e 2 (cada) pelo Hospital São Rafael e pela Clínica Senhor do Bonfim. O Hospital Geral Roberto Santos, por sua vez, ofertou três vagas para o Programa de Residência Médica em Nefrologia Pediátrica. (COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA BAHIA, 2021a, 2021b)

No ano de 2019, registrou-se 547 médicos residentes em Nefrologia no Brasil, número menor do que o de subespecialidades da Clínica Médica mais concorridas, como Cardiologia (1.757 residentes) e Oncologia Clínica (716 residentes). Todavia, esse contingente é maior do que o de outras áreas tão consagradas quanto, como a Gastroenterologia (458 residentes) e a Pneumologia (259 residentes). (SCHEFFER, 2020) Esse número representa um aumento considerável (de aproximadamente 65%) do total de residentes em Nefrologia em relação à Demografia Médica de 2017, quando foram registrados 331 profissionais. (SCHEFFER, 2018)

A Bahia possui excelentes serviços de residência, com profissionais que estão em par de igualdade aos colegas de grandes cidades, ainda que possuam menos recursos financeiros, logísticos e tecnológicos que programas de residência médica em estados como São Paulo e Rio de Janeiro.

Embora a demanda pela residência em Nefrologia tenha crescido nos últimos anos, a taxa de não ocupação das vagas dos programas de residência médica em geral ainda é alta. Em 2007, estimava-se que 32% das vagas totais não eram preenchidas. (32% DAS..., 2007) Em 2020, esse número saltou para 40%. (RESIDÊNCIA..., 2020) Houve anos, por exemplo, em que grandes serviços de residência do Brasil, como USP e Universidade de Campinas (Unicamp), ficaram sem R1<sup>2</sup> em Nefrologia.

## PERCEPÇÃO DOS PACIENTES

A população de doentes renais crônicos no Brasil sofre com o baixo quantitativo de profissionais tanto na rede primária quanto na secundária do SUS, além de uma discrepante distribuição desses profissionais, que se concentram nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, ao passo que outras regiões possuem menos da metade dos profissionais cadastrados. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2012)

Como resultado dessa recente consolidação da Nefrologia – ainda em processo dentre os estudantes de Medicina e clínicos –, a população em grande parte segue sem conhecer a especialidade. Uma pesquisa realizada em uma amostra populacional revela que grande parte da população se familiarizou com o termo “Nefrologia”, tal como com a especialidade, por meio do acometimento renal de pelo menos um familiar. Ademais, aqueles que conheciam o termo por meio do processo educativo formal eram mais velhos, majoritariamente brancos, tinham maior renda e estavam cursando o ensino superior, ou o haviam completado. (DI LUCA et al., 2013) Ainda, estudos mostram que a Nefrologia segue sendo requerida em maior parte pela parcela mais idosa da população. (ESPECIALIDADE..., 2018) Essa evidência se comunica com os resultados da pesquisa de conhecimento populacional, os quais mostram que a maior parte das pessoas que conheciam o termo “Nefrologia” eram os idosos. (DI LUCA et al., 2013)

Outra provável explicação para o desconhecimento da população é o encaminhamento tardio na Clínica Médica dos profissionais ao nefrologista. Como a doença renal é progressiva e pode ser lenta, existe uma grande responsabilidade do clínico em identificar os sintomas e fazer o esclarecimento do paciente, e encaminhamento ao especialista. Na Bahia, em 2006, Godinho e demais autores registraram que 71% dos pacientes que eram admitidos em estágio final de doen-

---

2 Residentes de primeiro ano.

ça renal no hospital de referência para Nefrologia não tinham mantido contato com o nefrologista, e metade deles usava o pronto-socorro como local primário de atenção médica, uma vez que muitos desses pacientes chegavam à emergência com urgência dialítica. Os pacientes encaminhados para os especialistas tinham litíase renal, como diagnóstico isolado, seguido de DRC em estágios 3 e 5 e diabéticos e/ou hipertensos. (BAHIENSE-OLIVEIRA, 2010; BVSMS, 2019)

Em entrevista com W. C. F., paciente renal crônico há 23 anos e acompanhado em clínicas privadas em Salvador, pudemos perceber uma situação parecida com a relatada no artigo: na época em que precisou iniciar a diálise, o paciente não tinha conhecimento da Nefrologia e foi se familiarizando com a especialidade ao longo do tratamento, em conversas com outros pacientes renais crônicos, já que os médicos não eram tão abertos ao diálogo e a relação era bastante distanciada. Apesar desse passado negativo, ele contou que o contato com os nefrologistas se tornou bem mais próximo.

Ele relatou também que, no início do tratamento, sofria diversas intercorrências durante a diálise, como perda de sangue, quedas de pressão e desmaios, e a clínica recomendava que os pacientes não dormissem durante a diálise, e prestassem atenção nos demais, para facilitar o acionamento da enfermagem em caso de problemas. Segundo W. C. F., a qualidade do atendimento, da estrutura física das clínicas e da equipe de saúde melhorou muito, e, apesar das intercorrências ainda ocorrerem, são mais brandas, tendo sido descritas por ele como “incômodos”.

A respeito das máquinas de hemodiálise, a solução primeiramente utilizada por ele era a de acetato, sendo modificada posteriormente para a de bicarbonato. Ele conta também que os aparelhos utilizados no início do seu tratamento frequentemente rompiam vasos sanguíneos, levando à perda de sangue mencionada anteriormente. Com a modernização dos aparelhos, ele relatou uma melhora significativa na qualidade do tratamento.

Assim, fica claro que há um grande desconhecimento da Nefrologia por parte da população, mesmo em famílias com maior acesso à educação. A familiarização com a especialidade só se dá em caso de doença renal na família, e nem sempre há total entendimento da função do nefrologista. Além disso, muitas vezes o médico dessa especialidade é posto como inacessível e afastado dos seus pacientes, fato que tem melhorado ao longo dos anos.

## MERCADO DE TRABALHO

Segundo dados da Demografia Médica no Brasil, em 2020 existem 4.903 nefrologistas no Brasil, equivalente a 1,1% do total de médicos especialistas do país,

sendo a maioria composta por mulheres (50,2%) e por pessoas com idade média de 47 anos. Nota-se uma maior distribuição absoluta de nefrologistas na região Sudeste, com 51,6% do total. A região Nordeste vem logo em seguida, com 19,2% dos nefrologistas atuantes.

Na Bahia, especificamente, existem 237 nefrologistas. Tendo em vista a sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020, é possível estimar que existem cerca de 1,6 nefrologistas a cada 100 mil habitantes na Bahia. Esse número coloca o estado como um dos piores da região na quantidade relativa de nefrologistas, junto aos estados de Sergipe, Paraíba e Ceará. Isso revela um grande problema para o povo baiano e que já pode ser sentido na prática: considerando o período de 2009 a 2019, a Bahia possui a terceira maior taxa de mortalidade da região Nordeste por doenças típicas do nefrologista. Ainda falando da Bahia, ocorreram mais de 133 mil internações no SUS por esse mesmo grupo de mazelas, incluindo a insuficiência renal e glomerulonefrite rapidamente progressiva. (SCHEFFER, 2020)

O mercado de trabalho da Nefrologia, assim como o da Medicina em geral, vem sofrendo modificações significativas nos últimos anos. As clínicas de diálise são tidas como os maiores empregadores dos nefrologistas na atualidade e o panorama nacional recente foi drasticamente modificado com a vinda de grandes multinacionais, como DaVita e Fresenius, que passaram a controlar a maior parte desse mercado. Até recentemente, muitas clínicas de diálise em Salvador tinham médicos locais como proprietários.

Existem diversos pontos de vista sobre a entrada dessas grandes empresas estrangeiras em Salvador. A DaVita respondeu a vários processos judiciais nos últimos anos, pagando multas na casa das centenas de milhões de dólares, por diversos motivos, que vão desde a morte de três pacientes após tratamento com GranuFlo (383,5 milhões de dólares) até realização de pagamentos indevidos a médicos que encaminhavam pacientes para as clínicas desse conglomerado (389 milhões de dólares). (THOMAS, 2014) Contudo, ainda que seja internacionalmente conhecida por problemas jurídicos, a empresa não mostra sinais de fraqueza – nos últimos cinco anos, o valor das ações da DaVita subiu em mais de 82%, chegando aos 118 dólares (dados de 19 de janeiro de 2021 do *Markets Insider*).

A situação da Fresenius Medical Care é similar em alguns aspectos e diferente em outros. Em 2019, a empresa foi condenada a pagar 231 milhões de dólares em multa por subornar oficiais da saúde e do governo de diversos países. (LYNCH; RAYMOND, 2019) As ações da Fresenius tiveram queda nos últimos cinco anos, de modo que, em 19 de janeiro de 2021, valiam apenas 65% do que valiam em 22 de janeiro de 2016. Contudo, se considerarmos os últimos dez anos, a Fresenius apresentou crescimento superior a 91% (conforme análise de dados do *Markets Insider*).

A área de trabalho da Nefrologia abrange, também, a atuação na terapia intensiva, na carreira acadêmica e na prática clínica. Embora o nefrologista não realize o procedimento do transplante renal propriamente dito, ele realiza o acompanhamento do paciente, incluindo o preparo para o transplante e a supervisão após o procedimento. De modo geral, o nefrologista costuma desenvolver uma carreira portfólio, possuindo vários trabalhos em tempo parcial ao invés de uma única ocupação. No que tange à remuneração, a média salarial em 2021 é de R\$ 6.943,17 para uma jornada de trabalho de 23 horas semanais. Esse número, contudo, varia de acordo com a localização em que o nefrologista exerce a profissão (capital ou interior) e com o setor em que trabalha (público ou privado).

A percepção acerca do nefrologista na sociedade não é, em geral, muito diferente daquela de outros médicos especialistas. De forma geral, a figura do médico ainda é muito respeitada na sociedade brasileira, embora crises recentes (como a pandemia de covid-19) tenham evidenciado a falta de confiança nesses profissionais por parte de uma parcela da população; esse sentimento de desconfiança está atrelado à propagação de pseudociência na forma de *fake news*. Há uma noção no imaginário popular de que o nefrologista é dotado de grande conhecimento, mesmo considerando a categoria médica como um todo. Essa mentalidade se manifestou a nível global através do personagem dr. Gregory House, da série *House*, que é um médico extraordinariamente inteligente e, não por coincidência, nefrologista.

## **SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA E A REGIONAL BAHIA**

A SBN foi fundada em 2 de agosto de 1960, época na qual essa especialidade começou a se tornar independente, tomando seus próprios rumos. Curiosamente, a SBN surgiu antes mesmo da Sociedade Internacional de Nefrologia, criada alguns meses depois. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015) A fundação da SBN foi feita tendo em mente a vinda do doutor Jean Hamburger, cirurgião que participou do primeiro transplante renal na França, ao Brasil. Representando a Bahia, os médicos Heonir Rocha e Gerson Pinheiro foram sócios fundadores da SBN, cujo primeiro presidente foi o dr. José de Barros Magaldi (1913-1978). (PIO et al., 2020)

A SBN-BA foi criada em 1971, formalizando a prática da Nefrologia no estado. Alguns médicos fundadores da divisão baiana da SBN foram os doutores Ernane Gusmão, Mário Augusto Castro Lima, Edson da Silva Teles, Milton Barros e Heonir Rocha, esse último foi o primeiro presidente da regional. (PIO et al., 2020)

A SBN objetiva fortalecer a Nefrologia, baseando-se no incentivo à promoção de atividades de pesquisa, formação, capacitação e inovação. O papel da SBN é olhar não somente para o nefrologista, mas também para a Nefrologia

como um todo, desde os estudantes de Medicina até os pacientes, abrangendo as clínicas de diálise, os fornecedores de insumos e o sistema público de saúde. (MOURA NETO, J., 2021) Ademais, para o público leigo, essa instituição busca divulgar informações de modo acessível, através de *podcasts* e materiais em seu *site*, abordando prevenção, assistência e tratamento das doenças de alcance da Nefrologia.

Atualmente, o apoio às ligas acadêmicas de Nefrologia tem sido um grande norteador da atual gestão da SBN-BA, visando ao incremento da aderência do jovem à especialidade e, com isso, ao suprimento de recursos humanos para o mercado de trabalho no futuro. Essa organização acredita que as ligas acadêmicas promovem o estudo da especialidade na ausência ou no pouco aprofundamento da disciplina Nefrologia. (MOURA NETO, J., 2021)

A SBN é responsável, também, pelo Congresso Brasileiro de Nefrologia. A primeira edição ocorreu em 1962, quando a sociedade era presidida pelo dr. Jayme Landmann. (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015) A cidade de Salvador já sediou esse evento em três ocasiões: em 1966 (3ª edição), em 1984 (12ª edição) e em 2004 (22ª edição); a capital baiana também abrigará o XXXII Congresso Brasileiro de Nefrologia, programado para 2024.

Na edição de 2020 desse congresso, o trabalho “Infecção por SARS-CoV-2 em receptores de transplante renal: estudo multicêntrico brasileiro”, consagrado como um dos vencedores do Prêmio Melhor Trabalho, na categoria covid-19, possui dois autores que são nefrologistas oriundos do cenário baiano: Lúcio Roberto Requião Moura, graduado pela UFBA e nefrologista pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), e Ana Paula Maia Baptista, médica pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e nefrologista pela Unifesp.

A SBN já promoveu outros eventos em Salvador como a I Jornada Brasileira de Hipertensão Arterial (1977), o Sixth International Interdisciplinary Conference on Hypertension in Blacks (1991), o Acute Kidney Injury: Emerging Concepts (2007) e o V Encontro Brasileiro de Prevenção de Doença Renal Crônica (2010). (MARTINELLI; GUSMÃO, 2015)

No ano de 2020, a SBN elaborou recomendações de como o nefrologista deveria manter a assistência ao paciente, tendo em vista o surgimento da pandemia de covid-19. A SBN-BA, especificamente, solicitou à Secretária de Saúde que os testes de PCR fossem disponibilizados gratuitamente nas clínicas de diálise, para que o manejo dos pacientes com covid-19 fosse feito de maneira ágil e segura. Com isso, foi assegurado o isolamento rápido daqueles infectados com o vírus, sem comprometer os seus tratamentos e garantiu-se menores índices de contaminação de outros pacientes nesse mesmo meio. Além disso, a SBN-BA conseguiu que os remédios de portadores de doenças renais, antes retirados mensalmente

na farmácia central do Hospital Ana Nery, fossem disponibilizados diretamente nas clínicas durante a pandemia, com o fito de evitar aglomerações e exposições desnecessárias desses pacientes. (MOURA NETO, J., 2021)

## PERSPECTIVAS FUTURAS

Para falar um pouco do futuro da Nefrologia baiana e dos atuais problemas dela, o atual presidente da SBN-BA, dr. José Andrade Moura Neto, foi entrevistado por dois autores do presente capítulo. Eles conversaram por quase uma hora sobre diversos tópicos, alguns deles já discutidos nas páginas anteriores, como o ensino da Nefrologia na graduação, os serviços de residência e o mercado de trabalho.

Quando indagado sobre os maiores desafios clínicos e logísticos do nefrologista baiano, dr. Moura Neto citou a ineficiência do sistema público de saúde, o que interfere consideravelmente na qualidade de vida de pacientes renais crônicos, e a consolidação do setor de diálise, processo marcado pela vinda das grandes multinacionais dessa área.

O futuro do especialista em Nefrologia ainda é, em certo grau, incerto. Sabe-se que o número de médicos no Brasil vem aumentando nos últimos anos, como parte de um projeto governamental voltado para esse propósito, então é seguro assumir que a remuneração dada por plantão diminuirá cada vez mais. A médio e a longo prazo, o cenário local irá se tornar ainda mais competitivo e o nefrologista terá que pensar em novas formas de se destacar. O advento das mídias sociais parece ser um terreno promissor a ser explorado, uma vez que permite aplicação de tecnologia à educação médica, bem como saberes do *marketing* digital. O dr. Marcelo Nonato Cavalcanti de Albuquerque, médico pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e nefrologista pela Unifesp, é um dos exemplos do poder transformativo das redes sociais no mercado de trabalho; ele criou um perfil no Instagram dedicado ao ensino da Nefrologia e já conseguiu angariar quase 60 mil seguidores.

Apesar disso, o porvir da especialidade é promissor. Atualmente, vê-se o desenvolvimento de diversas linhas de pesquisa voltadas para o estudo de alguns medicamentos em pacientes renais crônicos, principalmente no tocante aos inibidores da SGLT2, como canagliflozina e dapagliflozina. Outros fármacos, como a finerenona (antimíneralocorticoide não esteroide), também têm sido utilizados em ensaios clínicos randomizados, embora seus resultados preocupem alguns profissionais. Para as próximas décadas (entre 20 e 50 anos), esperam-se avanços nas áreas de Medicina regenerativa, xenotransplante (transplante entre espécies diferentes, mais especificamente entre o ser humano e outros animais) e terapia gênica, sem falar no desenvolvimento de rins bioartificiais implantáveis, que podem se tornar uma alternativa à hemodiálise no futuro.

## REFERÊNCIAS

32% DAS vagas para residência médica não são preenchidas no país. *GI*, [Rio de Janeiro], Brasil – Saúde, 14 dez. 2007. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brazil/O,,MUL220053-5598,00-DAS+VAGAS+PARA+RESIDENCIA+MEDICA+NAO+SAO+PREENCHIDAS+NO+PAIS.html>. Acesso em: 24 set. 2022.

ACADÉMIE FRANÇAISE. *Jean Hamburger*. Paris, [200--]. Disponível em: <http://www.academie-francaise.fr/les-immortels/jean-hamburger>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BAHIA. Ministério Público do Estado da Bahia. [*Ação civil pública do MPF e do MPBA contra a União, o estado da Bahia, o município de Salvador e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH*]. Salvador, 16 fev. 2016. Disponível em: [http://www.mpf.mp.br/ba/sala-de-imprensa/docs/acp-hemodialise-uniao-bahia-salvador-ebserh\\_16-02-2017.pdf](http://www.mpf.mp.br/ba/sala-de-imprensa/docs/acp-hemodialise-uniao-bahia-salvador-ebserh_16-02-2017.pdf). Acesso em: 29 jan. 2021.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Governo do Estado da Bahia. *Bahia ocupa primeira posição em transplante renal no Nordeste entre os meses de janeiro e novembro*. Salvador, 15 dez. 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/12/17/bahia-ocupa-primeira-posicao-em-transplante-renal-no-nordeste-entre-os-meses-de-janeiro-e-novembro/>. Acesso em: 29 jan. 2021.

BAHIENSE-OLIVEIRA, M. *et al.* Referência para o ambulatório de Nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 145-148, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/PJr7Z4DPhTkfd4NxfyCJbrD/?lang=en>. Acesso em: 29 jan. 2021.

BENEDUM, J. Die Frühgeschichte der kunstlichen Niere [The early history of the artificial kidney]. *Anesthesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, New York, v. 38, n. 11, p. 681-688, 2003.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE [DO] MINISTÉRIO DA SAÚDE. *14/3 – Dia Mundial do Rim 2019: saúde dos rins para todos*. Brasília, DF, 12 mar. 2019. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/2913-14-3-dia-mundial-do-rim-2019-saude-dos-rins-para-todos>. Acesso em: 29 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Datasus*. Brasília, DF, [201-?]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 21 jan. 2021.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. *DataSUS*. [Brasília, DF], [201-?]. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Listar\\_Unidade\\_Dialise.asp?VEstado=29&VMun=292740&VServico=01](http://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Unidade_Dialise.asp?VEstado=29&VMun=292740&VServico=01). Acesso em: 29 jan. 2021.

CLÍNICA SENHOR DO BONFIM. Centro de estudos e residência médica. [S. l.], 2014. Disponível em: [http://www.clinicasenhordobonfim.com.br/conteudo\\_pagina.php?id=10](http://www.clinicasenhordobonfim.com.br/conteudo_pagina.php?id=10). Acesso em: 21 jan. 2021.



COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA BAHIA. *Processo Seletivo Unificado de Residência Médica*: Bahia 2021.1. Salvador, 2021a. Anexo III. Disponível em: [https://strixeducacao.com.br/vs-arquivos/HtmlEditor/file/2021\\_1/CEREM-BA/CEREMBA\\_20211-ANEXO III\\_20201223\\_1127.pdf](https://strixeducacao.com.br/vs-arquivos/HtmlEditor/file/2021_1/CEREM-BA/CEREMBA_20211-ANEXO III_20201223_1127.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.

COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA BAHIA. *Processo Seletivo Unificado de Residência Médica*: Bahia 2021.1. Salvador, 2021b. Anexo IV. Disponível em: [https://strixeducacao.com.br/vs-arquivos/HtmlEditor/file/2021\\_1/CE REM-BA/CEREMBA\\_20211-ANEXO\\_IV\\_20201223\\_1128.pdf](https://strixeducacao.com.br/vs-arquivos/HtmlEditor/file/2021_1/CE REM-BA/CEREMBA_20211-ANEXO_IV_20201223_1128.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.

CONGRESSO BRASILEIRO DE NEFROLOGIA, 30., 2020, [São Paulo]. *Resumos [...]*. São Paulo: *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 42, n. 3, supl. 1, 2020. Disponível em: [https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2020/12/BJN\\_v42n3s1.pdf](https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2020/12/BJN_v42n3s1.pdf). Acesso em: 21 jan. 2021.

DI LUCA, D. G. *et al.* Avaliação do conhecimento do termo “Nefrologia” em uma amostra populacional. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 107-111, 26 fev. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n2/v35n2 a05.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2021.

DIALYSIS. Last Week Tonight with John Oliver. New York: HBO, 14 May 2017. Programa de TV.

DIAMANDOPOULOS, A. A timeline of the history of nephrology. *European Renal Association*, Parma, [20--?]. Disponível em: [https://www.era-edta.org/history/A\\_Timeline\\_of\\_the\\_History\\_of\\_Nephrology.pdf](https://www.era-edta.org/history/A_Timeline_of_the_History_of_Nephrology.pdf). Acesso em: 9 jan. 2021.

ECHEVERRY, G.; HORTIN, G. L.; RAI, A. J. Introduction to urinalysis: historical perspectives and clinical application. In: RAI, A. J. (ed.). *The Urinary Proteome: methods and protocol*. Totowa: Humana Press, 2010. p. 1-12. (Série Methods in Molecular Biology, 641).

EQUIPE do Hospital Ana Nery comemora 300 transplantes renais. *Secretaria de Saúde*, Salvador, 9 ago. 2016. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2016/08/09/equipe-do-hospital-ana-nery-comemora-300-transplantes-renais/>. Acesso em: 29 jan. 2021.

ESPECIALIDADE médica, Nefrologia é área requisitada por população idosa: pacientes idosos procuram o profissional principalmente devido a doença crônica renal. *Jornal da USP*, São Paulo, 22 mar. 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=156911>. Acesso em: 29 jan. 2021.

FINE, L. G. A 2000-year history of nephrology: 10 enduring scientific landmark. *Journal of Nephrology*, Rome, v. 26, supl. 22, p. 6-17, 2013.

GUSMÃO, E. *Salada literária*. Salvador: Press Color, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. [Panorama da Bahia]. Rio de Janeiro, c2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>. Acesso em: 19 jan. 2021.

LIMA, R. R.; BRITO, E.; ROCHA, H. Glomerulonefrite crônica associada à hepatoesplenomegalia esquistossomótica. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 69, n. 2, p. 43-50, maio/ago. 1969.

LYNCH, S. N.; RAYMOND, N. Fresenius Medical Care to pay \$231 million to resolve criminal, civil foreign bribery charges. *Reuters*, London, Healthcare & Pharma, 29 Mar. 2019. Disponível em: <https://www.reuters.com/article/us-fresenius-care-justice-corruption/fresenius-medical-care-to-pay-231-million-to-resolve-criminal-civil-foreign-bribery-charges-idUSKCN1RA1X7>. Acesso em: 24 set. 2022.

MARTINELLI, R. *et al.* Aspectos da evolução clínica da glomerulopatia associada à esquistossomose mansônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 20-24, 1979.

MARTINELLI, R.; GUSMÃO, E. *Nefrologia, sua história e sua afirmação na Bahia*. Salvador: RM Edições, 2015.

MONTEIRO, R. A. Algumas dificuldades no diagnóstico do beriberi e das nephrites. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 22, p. 491-502, 1891.

MOURA NETO, J. A. *Entrevista sobre a Nefrologia baiana e brasileira*. [Entrevista concedida a] Gabriel Martins Nogueira e Maria Luisa Passos Evangelista. Salvador, 11 jan. 2021. [Acervo pessoal].

MOURA-NETO, J. A. “To be, or not to be” a Nephrologist: students’ dilemma and a strategy for the field. *Blood Purification*, Basel, v. 50, n. 4-5, p. 696-701, July 2021.

MUSAH, S. *et al.* Directed differentiation of human induced pluripotent stem cells into mature kidney podocytes and establishment of a Glomerulus Chip. *Nature protocols*, London, v. 13, n. 7, p. 1662-1685, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6701189/>. Acesso em: 21 jan. 2021.

NEUMANN, M. E. Jury awards \$383.5 million in GranuFlo-linked patient deaths. *Nephrology: News & Issues*, [West Deptford], 29 June 2018. Disponível em: [https://www.healio.com/news/nephrology/20180629/jury-awards-3835-million-in-granuflo-linked-patient-deaths?utm\\_medium=social&utm\\_source=facebook&utm\\_campaign=sociallinks](https://www.healio.com/news/nephrology/20180629/jury-awards-3835-million-in-granuflo-linked-patient-deaths?utm_medium=social&utm_source=facebook&utm_campaign=sociallinks). Acesso em: 21 jan. 2021.

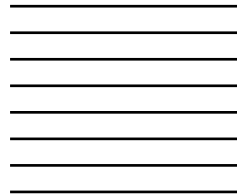
PIO, A. *et al.* *Sociedade Brasileira de Nefrologia: 60 anos de luta*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2020.

RESIDÊNCIA médica: 40% das vagas não estão ocupadas no País. *Escola de Educação permanente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, São Paulo, 11 fev. 2020. Disponível em: <https://eephcfmusp.org.br/portal/online/residencia-medica/>. Acesso em: 28 jan. 2021.

ROCHA, H. Brasil. *Nefrología*, Santander, v. 12, supl. 3, p. 18-34, 1992.

RODRIGUES, J. 10 Transplantes em 07 Dias. *Hospital Ana Nery*, Salvador, 25 nov. 2019. Disponível em: <https://ver.han.net.br/2019/>. Acesso em: 29 jan. 2021.

- RODRIGUES, N. Estudos estatísticos sobre as nephrites crônicas na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 23, p. 157-165; 203-213, 1981.
- SCHEFFER, M. (coord.). *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2018. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf). Acesso em: 19 jan. 2020.
- SCHEFFER, M. (coord.). *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2020. Disponível em: [https://www.fm.usp.br/fmusp/conteúdo/DemografiaMédica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteúdo/DemografiaMédica2020_9DEZ.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *O Brasil se ilumina em comemoração ao Dia Mundial do Rim, 8 de março*. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://arquivos.sbn.org.br/pdf/imprensa.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *História*. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/a-sbn/quem-somos/#::~:~:text=A%20Sociedade%20Brasileira%20de%20Nefrologia,Jos%C3%A9%20de%20Barros%20Magaldi>. Acesso em: 23 jan. 2021.
- THOMAS, K. DaVita to pay \$389 million to Settle Federal Charges of illegal kickbacks. *The New York Times*, New York, Business, 23 Oct. 2014. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2014/10/24/business/davita-to-pay-350-million-to-settle-charges-of-illegal-kickbacks.html>. Acesso em: 21 jan. 2021.
- TUBINO, P.; ALVES, E. A urina na história da medicina. *Jornal Brasileiro de História da Medicina*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 9-18, out./dez. 2017.



## 10 HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

*Nestor Carvalho Suzart*  
*Adrielle Christine Silva Damasceno*  
*Alana dos Santos Brito*  
*Daniel Henrique Lins-Silva*  
*Érica Vieira Alcântara*  
*Isabella Ferreira Dias*  
*Pedro R. F. Resende*  
*Thiago Aguiar Jesuíno*  
*Ronaldo Ribeiro Jacobina*

### **AS BASES PARA O SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA NA BAHIA**

Apesar do ensino médico ter sido instituído no Brasil em 18 de fevereiro de 1808, com a publicação da decisão de criação da Escola de Cirurgia no Hospital Real, em Salvador (BRASIL, 1808, p. 2), a história do cuidado com a loucura na Bahia remonta a um período muito anterior. Desde o período colonial, os chamados “loucos” recebiam pouca ou nenhuma assistência, sendo os escassos cuidados recebidos eminentemente definidos pelo comportamento dos destes e pelas condições econômicas das famílias dos doentes: enquanto as famílias de “classes

abastadas” forneciam aos “loucos” ditos “mansos” cuidados especiais no campo, aqueles advindos de “classes desvalidas” eram condenados a vagar pelas ruas. Por outro lado, aqueles considerados hostis eram designados ao isolamento. Os membros de famílias privilegiadas eram confinados em cômodos restritos, e os demais eram subjugados ao confinamento em prisões comuns ou nas enfermarias dos Hospitais da Santa Casa de Misericórdia. (JACOBINA, 2001, p. 129)

O estabelecimento do Hospital da Cidade do Salvador ocorreu em 1549, regido por princípios caritativos e religiosos, sob a administração da Santa Casa de Misericórdia. (RUSSELL-WOOD, 1981, p. 81) Entretanto, apenas por volta do final do século XVII e início do século XVIII, o então chamado Hospital de São Cristóvão recebeu uma enfermaria destinada à população psiquiátrica. Infelizmente, esta correspondia a um grupo de pequenas celas, as quais eram denominadas “casinhas de doidos”. Assim, confinados à indiferença, ao esquecimento, à morte, e ao escárnio dos transeuntes (ASCMB, v. 157 apud JACOBINA, 2001, p. 133), os ditos “loucos” permaneceram na instituição até 1833, quando foram transferidos para o Terreiro de Jesus, local sede da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB).

Conforme citado, a transferência ocorreu algumas décadas após a instituição do ensino médico na Bahia e, portanto, no Brasil, bem como pouco depois de sua primeira reforma, decretada por lei em 1832. (BRASIL, 1832, p. 87-95) Esta, entretanto, não veio a instituir uma cadeira de Clínica Psiquiátrica. Todavia, a transferência para o Terreiro de Jesus pouco ou nada melhorou a situação dos pacientes, os quais foram subjugados às condições insalubres das instalações destinadas aos mesmos, e assim permaneceram até 1874, data de fundação do Asilo de Alienados São João de Deus, futuro Hospital Juliano Moreira.

Muitas foram as lutas que envolveram a criação de um asilo definitivo para serem destinados os alienados da província. Diversas medidas provisórias foram propostas e os loucos removidos para diversos locais – como um edifício na Quinta dos Lázarus, afastada do vetor de crescimento constante de Salvador onde, curiosamente desde a década passada se ensaiava a construção de um dos maiores complexos de cemitérios da capital baiana, em sua periferia. Um ano depois, em 1864, foi aprovada com forte participação de médicos envolvidos na política, dentre eles Demétrio Ciríaco Tourinho, um aporte de verbas que serviria, após novos imbróglis, inclusive com a Santa Casa, à compra do Solar da Boa Vista em 1869, que seria reformado nos anos seguintes dando origem, cinco anos depois, ao Asilo de Alienados São João de Deus. Localizado em região central, evidenciava a hegemonia do higienismo europeu na cultura médica da época atendendo às características de livre circulação de ar e água, boa altitude e boa localização. (JACOBINA, 2001; MENDES, 2007)

A administração inicial do Asilo de Alienados São João de Deus foi fortemente influenciada pelos moldes europeus: Demétrio Ciríaco Tourinho, diretor-médico do asilo entre os anos de 1874 e 1877, defendia o rompimento com as práticas de encarceramento às quais os “loucos” eram submetidos no Brasil de então, bem como a adoção do sistema de “*no restraint*”. O gestor pelejava em favor da disponibilidade de espaços amplos para os pacientes, bem como de atividades, tais quais jardinagem. (ASCMB, 1874, apud JACOBINA, 2001, p. 146) De fato, durante a sua administração, Demétrio Ciríaco Tourinho instituiu espaços destinados às práticas de atividades físicas, costura e música. (ASYLO..., 1876) Paralelamente, como ocupante da cadeira de Patologia Interna na FMB, Demétrio Ciríaco Tourinho foi pioneiro ao incorporar aulas práticas sobre as moléstias mentais. (PINHO, 1974 apud JACOBINA, 2001, p. 157) Durante as administrações seguintes, apesar dos esforços dos gestores, os serviços do asilo foram prejudicados por limitações financeiras. Conseqüentemente, o bem-estar dos alienados foi gravemente comprometido: neste período foram registrados relatos de superlotação, violência e fome no asilo.

## **A CÁTEDRA DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA E UM NOVO RUMO AO ENTENDIMENTO DAS MOLÉSTIAS DA MENTE**

Ainda no final do século XIX, importantes transformações estavam a ocorrer na FMB. Em 1881, finalmente foi instituída a cadeira de Clínica Psiquiátrica, que foi primeiro ocupada apenas cinco anos depois, por Augusto Freire Maia Bittencourt, soteropolitano formado pela mesma, que, em 1886, seria o primeiro lente catedrático da cadeira. Há registros de 59 teses de conteúdo neuropsiquiátrico desenvolvidas na FMB entre os anos de 1881 e 1890. Apesar da maior parte dessas apresentarem tópicos em Neurologia, destacam-se alguns assuntos de cunho psiquiátrico, como o alcoolismo, explorado em oito das teses apresentadas. (COUTINHO; SABACK, 2007; JACOBINA, 2001)

Em 1891, Raimundo Nina Rodrigues, maranhense radicado em Salvador, assumiu a cadeira de Medicina Legal na FMB. O então professor foi responsável por denunciar uma “epidemia de beribéri”, níveis baixos de vitamina B1, a qual assolava o asilo no ano de 1904, e, conseqüentemente, comprometia a qualidade de vida dos asilados e as atividades ali realizadas. Além das suas contribuições no campo da Psiquiatria, em 1894, Raimundo Nina Rodrigues publicou o livro *As Raças Humanas e a Responsabilidade Penal no Brasil*. Neste, através de uma série de afirmações racistas e eugenistas, o autor defende a aplicação de um código penal distinto para negros, índios e brancos (RODRIGUES, M., 2015), sendo uma pena menor para negros e índios, considerados raças inferiores, e Nina aplicava, no seu ponto de vista, o princípio da equidade-iniquidade.

Contemporâneo de Raimundo Nina Rodrigues, o baiano Juliano Moreira (1872-1933), considerado o fundador da disciplina psiquiátrica no Brasil, ingressou na FMB com apenas 14 anos e concluiu o curso aos 19 anos, quando defendeu a tese *Sífilis maligna precoce*. (MOREIRA, 1891) Juliano Moreira era negro e em diversas oportunidades levantou-se contra as teorias racistas pseudocientíficas então discutidas no meio acadêmico. (JACOBINA, 2019) Além disso, já no Rio de Janeiro, Juliano Moreira e colegas formularam a Classificação Psiquiátrica Brasileira de 1910. Assim, o médico baiano também foi um grande defensor da substituição da prática psiquiátrica pautada em ideias alienistas por uma abordagem de cunho organicista.

De origem humilde, Juliano nasceu em 6 de janeiro de 1872 na Freguesia da Sé, centro de Salvador. Consta no seu documento de batismo o nome de seu padrinho e patrão da sua mãe Galdina Joaquina de Amaral, o Barão de Itapoã, que notando desde a tenra idade a sua aptidão para as ciências e as letras, o incentivou a adentrar a esplendorosa FMB. Rodeado de grandes místicas pelo seu pioneirismo e trajetória magnífica, Juliano Moreira por muitos anos foi conhecido erroneamente como o jovem que ingressou na Medicina aos 13 anos, mas isso se deu em decorrência de um equívoco de seu grande amigo Afrânio Peixoto ao redigir à época o ano de nascimento do colega como 1873, ao invés de 1872 como consta nos registros de batismo, o que fez com que muitos dos que escreveram sobre sua vida usassem essa fonte – ressalta-se que mesmo entrando um ano mais velho no curso isso não tira de forma alguma a importância do seu feito.

Segundo Jacobina (2019), uma outra informação resgatada dos registros da FMB e que foi sempre omitida ou não conhecida nas biografias de Juliano, sobretudo pelo seu grande desempenho acadêmico ao longo da vida, é que no seu primeiro ano de curso, em 1886, Juliano fora reprovado na matéria de “Physica”, o autor versa sobre como a adaptação do jovem sem pares semelhantes possa ter repercutido numa chegada acanhada e modesta do jovem, que fora plenamente provado durante o exame preparatório, aos estudos no berço da Medicina brasileira – este que muito breve entalharia seu nome e seu trabalho não só por todo aquele prédio, mas também pela história do Brasil e da sua especialidade. Já no segundo ano de Medicina, ainda segundo Jacobina (2019), documentos da FMB mostram que já no segundo ano de curso, Juliano Moreira apresentaria aprovação plena – mesmo após a reprovação – em todas as disciplinas chegando a ter o melhor desempenho em quase todas as atividades teóricas e práticas, ainda aos 15 anos de idade.

Sua formatura em 1891 carece de mais registros, porém sua tese inaugural, que lhe forneceria o título de doutor em Medicina e Cirurgia intitulada *Etiologia da Sífilis Maligna Precoce* (MOREIRA, 1891), foi fruto de algumas mudanças no ensino que permitiram com esta reforma, aos alunos do sexto ano de curso, uma

liberdade um pouco maior na escolha do seu tema. E foi com seu trabalho original sobre o possível agente etiológico – para Juliano o “syphilo-micróbio”, sua manifestação na Bahia, preconceitos relacionados a ela e equivocados diagnósticos de doenças de pele – que Juliano obteve seu título, mas sem antes, ainda na mesma tese, versar sobre as influências ambientais, sobretudo do terreno e o clima, além do que os influenciava culturalmente no prognóstico e na evolução da doença, separando ainda no século XIX o indivíduo, o agente patológico e os determinantes ambientais e sociais em saúde. (JACOBINA, 2019)

Já formado, após realizar trabalhos como sanitarista e na Santa Casa de Misericórdia, na própria FMB, como assistente na cadeira de Psiquiatria em 1893 e preparador de anatomia cirúrgica em 1894, e já com uma produção científica de peso, Juliano retornaria à Faculdade de Medicina em 1896, desta vez como professor substituto da jovem cadeira de Psiquiatria e foi sua jovialidade de pensamento e pioneirismo que levou Juliano a fazer frente, dessa vez como igual, aos discursos elitistas e racistas que ignoravam fatores sociais e culturais na prevenção diagnóstico e tratamento das doenças. Em relação a isso, curiosamente, há registro de próprio punho por Raimundo Nina Rodrigues, um dos seus grandes adversários no campo ideológico e científico, sobretudo em relação às teorias raciais vigentes e por este defendidas, que a aprovação de Juliano Moreira no concurso para professor fora mencionada na Memória Histórica da Faculdade de Medicina e Farmácia da Bahia de 1887: “Ainda no findo ano, preencheram-se por concurso os Lugares de Clínica Psiquiátrica e [...] No primeiro fora provido o Doutor Juliano Moreira [...]”. (RODRIGUES, R., 1897, p. 30)

Em 10 de novembro de 1902, partiria da Bahia um de seus filhos mais ilustres, que participara da fundação da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia, assim como da Sociedade de Medicina Legal, sendo editor da *Gazeta Médica da Bahia* e representou o Brasil e a Psiquiatria por vários continentes, tendo sido inclusive condecorado na Alemanha e no Japão. Juliano teria agora um longo caminho como referência na Psiquiatria nacional em seus quase 30 anos à frente do Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, até falecer em 1933, aos 1960 anos no Rio de Janeiro. (JACOBINA, 2019) Após embates e disputas que foram desde o campo das práticas médicas até políticas públicas, sem nunca o menino da Freguesia da Sé se permitir consumir por quaisquer ideias que não respeitassem as suas crenças e as suas evidências científicas que hoje são louvados seus feitos e sua genialidade como o contraponto e porto seguro da razão social frente ao mar de preconceitos e racismos infundados sobre os quais Juliano caminhou ao galgar sua representatividade e referência nas nossas histórias.

Após a Proclamação da República, em 1889, os asilos geridos pela Santa Casa de Misericórdia gradualmente foram submetidos à administração estatal, entre-



tanto, na Bahia, esta transição apenas se concretizou em 1912. Este evento marcou o início da dita “fase áurea” do Asilo São João de Deus, período que durou até o ano de 1930 e contou com as gestões de Eutychio Leal (1911-1916), de Antônio Barreto Prager (1916-1920), de Aristides Novis (1920-1925) e de Mário Leal (1925-1930). Ao longo da gestão de Eutychio Leal, foi promovida a ampliação do hospício e a instituição de medidas sanitárias (LEAL, 1912, p. 364), entretanto estas medidas não foram suficientes para evitar a superlotação do asilo. Os administradores seguintes deram continuidade à expansão do asilo através da construção de novos pavilhões. Durante a gestão de Aristides Novis houve a tentativa de implantação do Serviço de Profilaxia Mental, o qual buscava o cuidado mental daqueles que, apesar de não serem considerados elegíveis para o internamento, poderiam tornar-se caso não recebessem a assistência adequada. (NOVIS, 1923, p. 315) Infelizmente, o projeto foi de baixo impacto. Além disso, tanto Aristides Novis quanto Mário Leal, ambos professores, buscaram estreitar os laços entre o então Hospital São João de Deus e a FMB.

Foi também na alvorada da década vindoura, ainda em 1926 que seria publicada na FMB a revolucionária tese *Ensaio sobre a Criminalidade da Mulher no Brasil* de autoria de uma mulher, alagoana, médica, junguiana, rebelde e um inegável marco na história da Psiquiatria – assim foi, e segue sendo, Nise Magalhães da Silveira (1905-1999). Nascida em Maceió, graduou-se em Medicina pela FMB (1921-1926). Exercendo seu papel transformador, sobretudo durante a sua atuação no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, iniciada em 1944.

A sua história revela marcas diversas de insubmissão, seja aos métodos tradicionais da Psiquiatria da época – eletrochoque, lobotomia e coma insulínico –, seja através de sua participação política, por meio de seu viés fortemente esquerdista – foi filiada ao PCB e grande simpatizante dos ideais marxistas.

Foi em 1927, um ano após a sua graduação em Medicina que a alagoana formada na Bahia passou a morar no Rio de Janeiro e começou a estagiar voluntariamente na clínica de seu professor Antônio Austregésilo, figura importante no campo da Neurologia, discípulo de Juliano Moreira. (JACOBINA, 2019) Nesse período, escreveu os textos “Estado Mental dos Afásicos”, publicado em 1944 – após três anos detida durante a Era Vargas e oito anos afastada do serviço público, tendo esse sido um marco de sua transição rumo ao campo da psicologia – e “Contribuição ao Estudo dos Efeitos da Leucotomia sobre a Atividade Criadora”, publicado em 1955, no qual Nise critica duramente as psicocirurgia e seus efeitos devastadores sobre a dimensão abstrata da psique humana, após influências do I Congresso Mundial de Psiquiatria realizado em Paris um ano antes. A sua formação foi pautada no higienismo, mas através dos estudos desenvolvidos com Austregésilo sobre o pensamento psicanalítico, a médica realizou gradualmente um desloca-

mento teórico-prático no tangente à abordagem de seus pacientes. (MELO, 2009; SILVEIRA, 1944, 1955)

E foi nos anos 1930 que a Medicina brasileira sofreu uma dura perda: Juliano Moreira viria a falecer no dia 2 de maio de 1933, de tuberculose, hospitalizado no Rio de Janeiro, no mesmo ano o Hospital São João de Deus, aqui na Bahia viria a ser renomeado como Hospital Juliano Moreira, em sua homenagem e assim permanece até os dias atuais. Como se sabe da história geral, os anos 30 começaram com uma grande mudança econômica acarretada pela Crise de 1929 e com enorme mudança política no Brasil, após a chamada Revolução de 1930 que deu fim à República Velha e início à chamada Era Vargas. Este período histórico seguiu com Getúlio Vargas comandando o governo provisório até que, em 1937, iniciou a sua ditadura chamada Estado Novo, que se findou somente em 1945. Também é de conhecimento histórico geral que entre 1939 e 1945 ocorreu a Segunda Guerra Mundial, fato que impactou profundamente a história mundial e brasileira.

A Psiquiatria já estava bem encaminhada em sua longa jornada para ser levada a sério cientificamente, e, como parte dela abraçou os ideais eugenistas e higienistas próprios da época, e com isso ganhou notoriedade como campo científico. Isso pode ser exemplificado por uma das primeiras políticas públicas sobre saúde mental ligadas diretamente ao governo Getúlio, que foi a criação, em 1934, do órgão federal Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental. (FONTE, 2012) Este órgão nasce em um contexto no qual doenças/áreas da Medicina estavam ganhando órgãos específicos para implementação de políticas de saúde relativas a cada área. Uma das justificativas ideológicas por trás dessa instituição tinha relação com a visão do governo Vargas acerca do trabalho e saúde, que resumidamente o homem precisava de políticas sociais de saúde para se manter na força produtiva e sua saúde mental era pauta no sentido de ter pessoas aptas a serem “a mola” que propulsionariam o novo Brasil que era pautado na época. (HOCHMAN, 2005) A tendência da criação de órgãos específicos e verticais para cada doença e especialidade, junto a predominância de um modelo de cuidado majoritariamente público e hospitalar culminaram para que os anos 1940 começassem com 80,7% dos hospitais psiquiátricos fossem públicos, e a existência de ambulatórios algo incomum. (FONTE, 2012)

Em 1941 foi fundado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, que continuou com a expansão de um modelo hospitalocêntrico e majoritariamente público, especialmente após a aprovação do Decreto-Lei nº 8.555, de 3 de janeiro de 1946, que conferia a SNDM de criar convênios com os estados para criação de hospitais psiquiátricos estaduais. Seguindo o panorama nacional, na Bahia foi fundado o Sanatório Bahia, em 1944, tendo assim uma segunda unidade de atendimento psiquiátrico. Outra mudança

de política que bate com o espírito de buscar reconhecimento da Psiquiatria como especialidade biomédica foi a publicação do Código Brasileiro de Saúde, que retirava do vocabulário do cuidado em saúde mental os termos “asilo”, “retiro” ou “recolhimento”, introduzindo a categoria “hospital”. Entre os serviços montados na Bahia antes do golpe militar, destacam-se o Sanatório São Paulo (1953) e a Casa de Saúde Santa Mônica (1966). (COUTINHO; SABACK, 2007; FONTE, 2012)

O Sanatório Bahia dispunha de 30 leitos e o lema defendido por Cerqueira [Luís Cerqueira, diretor] era que: “o doente mental está sempre em primeiro lugar”. Seu primeiro estudante interno foi Álvaro Rubim de Pinho. (PICCININI, 2004)

Este psiquiatra viria a se tornar docente livre na Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 1955, se tornando catedrático em 1966 e vice-diretor da FMB em 1985, e sua história é muito importante para a Psiquiatria baiana. Também nessa época e também aluno do Sanatório Bahia, Nelson Soares Pires chega à Bahia em 1945 como oficial médico no Hospital Militar, e apresenta em 1947 sua tese de concurso *Psicose de Reações*, só defendida em 1954, quando de fato foi realizado o concurso. Uma das grandes contribuições do prof. Nelson Pires como catedrático de Psiquiatria na FMB foi a criação do primeiro serviço de Psiquiatria dentro de um hospital geral do Brasil, dentro do Hospital das Clínicas, atual Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) em 1954, que funciona até os dias atuais. (COUTINHO, 2008)

Nelson Pires também foi responsável por uma importante contribuição da Bahia e do Brasil no estudo da psicofarmacologia, sendo autor de um estudo sobre a droga clorpromazina que revolucionou a Psiquiatria da época. O estudo foi publicado em 1954 e recentemente republicado em homenagem ao Mestre na *Gazeta Médica da Bahia* (2008) com o título “Sobre 110 Casos Tratados pelo Sonho Hibernar”, e contou com a coautoria de Rubim de Pinho, Luiz Fernando M. Pinto, Ulpiano Cavalcanti e Hélio Aguiar. (COUTINHO, 2008; PIRES, 2008)

## **FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA E OS SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS NA BAHIA NA DÉCADA DE 1950**

Na Bahia, nos anos 1950, ocorreu um grande desenvolvimento do ensino de graduação médica, com novos professores na área da Psiquiatria. Em 1953, o médico psiquiatra Nelson Soares Pires, egresso do exército, como referido é aprovado em concurso e inicia o ensino da Psiquiatria no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, atual UFBA. Assim, em 1953, surge na Bahia o primeiro Serviço de Psiquiatria em hospital geral do Brasil, que até hoje funciona como um

serviço hospitalar e ambulatorial de psiquiatria do Sistema Único de Saúde (SUS). (COUTINHO; SABACK, 2007; PITHON; MOREIRA; SCIPPA, 2019)

Desde o início de sua história, a famosa Enfermaria 3B no Hospital das Clínicas foi reconhecida como uma das principais referências nacionais. Em suas primeiras décadas, era composto por pacientes oriundos de todas as classes sociais, visto que a assistência médica pública geralmente conseguia suprir as necessidades da população. Os leitos, desde sua fundação até os dias atuais, são exclusivamente femininos. Em 1954, foi inaugurado o Sanatório São Paulo, no Bairro Santo Antônio. Atualmente este serviço atende pacientes com convênios particulares e conta com uma ala do SUS. (COUTINHO; SABACK, 2007)

Na época em que atuou, dr. Nelson Pires dedicou-se à reforma da Psiquiatria baiana e promoveu campanhas em defesa da cidadania do doente mental e o combate à sua exclusão. (COUTINHO; SABACK, 2007) Realizou estudos no campo das psicoses e das personalidades psicopáticas. Com o início do Regime Militar no Brasil em 1964, devido a sua inclinação política de esquerda, fugiu para a Argentina. Foi o primeiro e talvez o único Psiquiatra brasileiro a estudar características de indivíduos torturadores. Por ter permanecido exilado por muito tempo, manteve contato com muitos perseguidos e torturados do regime e, teria feito um estudo, nunca publicado, sobre os torturadores, intitulado: “Tortura e Torturadores” ainda em 1981. (SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2017)

A cátedra da Psiquiatria permaneceu vazia por dois anos. Somente em 1966, foi assumida pelo professor dr. Álvaro Rubim de Pinho, livre docente desde 1955 e médico do hospital. Amazonense de nascimento e formado na Bahia – formou-se em Medicina em 1945 –, Rubim começou seus trabalhos durante cinco anos na Neurologia, migrando como professor adjunto para a Psiquiatria, tornando-se em 1955 professor titular, apresentando a tese *Diagnóstico da psicose-maníaco-depressiva*. Influente no movimento profissional dos médicos foi presidente da Associação Bahiana de Medicina (ABM) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), tendo representando-as em diversos eventos, inclusive o emblemático Simpósio sobre Depressão onde encontrou mestres nacionais e internacionais do movimento médico e reformista como Franco Basaglia em 1970 (ver Figura 3). Com o advento da ditadura em 1964, o professor Nelson Pires fora afastado da cadeira de Psiquiatria tendo esta sido logo ocupada pelo brilhante aluno, e agora tão brilhante professor, Rubim. Aposentou-se em 1987, mesmo ano em que se tornou presidente da Academia de Medicina da Bahia (AMB). Faleceu em 1994, um ano após se tornar professor emérito da Faculdade. (JACOBINA, 2013, 2020)

No seu período como chefe do Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, foi oficialmente criado em 1968 o programa de Residência Médica em Psiquiatria

no serviço, a primeira residência em Psiquiatria da Bahia e única até 1983, quando foi inaugurada a residência do Hospital Juliano Moreira. O dr. Rubim de Pinho instituiu o hospital-dia na enfermaria psiquiátrica do Hospital, com o apoio dos residentes. (COUTINHO; SABACK, 2007; PITHON; MOREIRA; SCIPPA, 2019) Dedicou-se à pesquisa com grande interesse científico no campo da Psiquiatria transcultural. Entre seus estudos envolvendo práticas religiosas de matriz africana, defendeu a ideia de que muitos dos fenômenos religiosos e espirituais não seriam manifestações patológicas, ou decorrentes de transtornos mentais. (PITHON; MOREIRA; SCIPPA, 2019)

É também em 1968 que surge a Associação dos Professores Universitários da Bahia (APUB) – hoje Sindicato dos Professores das Instituições Federais do Ensino Superior da Bahia – como um movimento de resistência à ditadura militar, contra os cortes orçamentários, perseguição política e Reforma Universitária, privatização da universidade, baixos salários e falta de condições de trabalho. O movimento é reprimido com a promulgação do Ato Institucional 5 (AI-5) em dezembro de 1968, desarticulando o movimento e levando a diretoria ao exílio ou a atuação na clandestinidade. (TOUTAIN; SILVA, 2010) Desde o início do golpe, a Faculdade de Medicina no Terreiro de Jesus foi palco de ocupação e resistência dos estudantes baianos, com o apoio e solidariedade de alguns professores. (NAPOLITANO et al., 2014)

A queda progressiva da qualidade do serviço público de saúde foi crucial para a abertura da primeira clínica particular com serviço de internação no final da década de 1970, que teve a participação de médicos que formavam também a equipe do Hospital das Clínicas. Até então, o atendimento psiquiátrico na rede pública era ofertado pelo Hospital das Clínicas, Hospital Juliano Moreira, Sanatório Bahia, Sanatório Santa Mônica e Sanatório Ana Nery. (PITHON; MOREIRA; SCIPPA, 2019)

O ambulatório geral da Psiquiatria abrangia, no passado, pacientes com diversas patologias, incluindo os transtornos psicóticos e pacientes com transtorno de humor e ansiedade. Muitos pacientes foram transferidos, ao longo dos anos, para os ambulatórios específicos que foram sendo inaugurados. O ambulatório de Lítio, fundado por dr. Luiz Meira Lessa, era considerado o ambulatório de Doenças Afetivas, presente durante as décadas de 1970, 1980 e 1990. (COUTINHO; SABACK, 2007)

## **OS AVANÇOS FARMACOTERÁPICOS NO AUXÍLIO AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO A PARTIR DA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX**

A França de 1952 presenciou a descoberta do neuroléptico clorpromazina, antipsicótico típico e primeiro fármaco efetivo utilizado no tratamento da esquizofrenia e de outras psicoses. A Bahia participou ativamente do movimento de introdu-

ção da psicofarmacologia, conforme demonstra o artigo publicado em 1954, por Nelson Pires, Rubim de Pinho, Luís Fernando Pinto, Ulpiano Cavalcanti e Hélio Aguiar, onde foi descrito o tratamento de 110 pacientes pelo denominado à época “sono hibernar”. (COUTINHO; SABACK, 2007)

Esse estudo relatou a eficácia do chamado “sono hibernar” ou hibernação, uma indução do sono através da associação dos psicofármacos clorpromazina e fenobarbital e da prometazina, anti-histamínico H1 indutor de sono, em doses diárias por 30 dias nos estados afetivos do “círculo maníaco-depressivo”. O estudo concluiu o grande valor do método em pacientes tanto deprimidos, mas, principalmente nos agitados por qualquer causa, seja maníaco-depressiva, personalidades psicopáticas, oligofrenias, orgânicas (traumatismos cerebrais, paralisia geral), epiléticas, infectados e intoxicados de todo tipo. A hibernação foi descrita como uma grande mudança: as antigas “casas de loucos” viraram hospitais com regra, ordem, eficiência e silêncio; alterando a forma de ver a terapêutica psiquiátrica, até então aterrorizadora. (PIRES et al., 2004)

No final da década de 1960, ao retornar da Alemanha, o professor Luiz Meira Lessa trouxe para o Brasil o carbonato de lítio, primeiro estabilizador do humor. Anteriormente, o tratamento de manutenção do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) era realizado apenas com uso de antipsicóticos típicos, antidepressivos e eletroconvulsoterapia, sendo escassos os tratamentos de manutenção. Sem a adequada terapia de manutenção do humor, os pacientes com TAB sofriam com a instabilidade do quadro, aliada ao considerável prejuízo funcional devido à recorrência das crises. O lítio se tornou tema central de eventos científicos importantes. O primeiro relato de caso do uso de carbonato de lítio no Brasil foi apresentado em 1968 no Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Belo Horizonte, a partir de casos de pacientes tratados no Hospital das Clínicas da UFBA que obtiveram melhora considerável do quadro de TAB. (COUTINHO; SABACK, 2007; PITHON; MOREIRA; SCIPPA, 2019)

Desde a inauguração do Hospício Pedro II em 1952 no Rio de Janeiro, primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e segundo da América Latina, até a década de 1960, a assistência psiquiátrica brasileira consistia única e exclusivamente de internação em hospitais psiquiátricos e, predominantemente, públicos. O golpe militar de 1964 deu início a chamada “mercantilização da loucura”, através de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967. Enquanto o número de leitos psiquiátricos privados aumentou cerca de 20 vezes de 1941 a 1978, o número de leitos públicos permaneceu quase inalterado no mesmo período. O tempo médio de internação era de aproximadamente 90 dias, favorecendo o internamento dos chamados “consumidores compulsórios”, fazendo das internações psiquiátricas um lucrativo negócio. (YASUI, 2010)

O doente mental se transforma em lucrativa mercadoria, e o objetivo principal não é a estabilização da sua saúde, mas sim o lucro do seu internamento. (PRANDONI; PADILHA, 2004)

A partir das décadas de 1950 e 1960 iniciaram-se na Europa movimentos sociais de reforma psiquiátrica. Na década de 1970 tais movimentos atingiram outros países como os da América Latina e, em especial, o Brasil. Muitos dos principais movimentos sociais da segunda metade dos anos 1970 nasceram nas periferias das grandes cidades e das necessidades cotidianas de sobrevivência: transporte, moradia, saneamento básico, saúde. (YASUI, 2010) Os pilares desses movimentos sociais e institucionais de reforma, no caso da saúde mental, visavam a restituição dos direitos individuais e civis dos portadores de transtornos; integração à sociedade e à cidadania; descobertas científicas da Neurociência; consciência da sociedade de sua responsabilidade pelo controle das ações de saúde, universalidade e qualidade. (COUTINHO; SABACK, 2007)

No início da década de 1970, foi criado, no âmbito da clínica psiquiátrica, o Núcleo de Estudos Psicanalíticos (NEP), com o objetivo de trazer para a Bahia psicanalistas do Sul e Sudeste do país. Além disso, a grande imigração de argentinos para o Brasil, devido às imposições da Ditadura Militar da Argentina, reforçou ainda mais a influência da psicanálise na Psiquiatria baiana. Ainda durante a década de 1970, foram implementadas várias linhas psicoterápicas na Bahia, fato que pode ser relacionado à fundação do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas em 1968, a única formadora de psicólogos no estado da Bahia até 1998. (COUTINHO; SABACK, 2007)

Em 1973, o Ministério da Previdência aprovou o Manual para Assistência Psiquiátrica, que serviu de base para a Portaria nº 32 do Ministério da Saúde, de 1974. Estes documentos, cujos preceitos se inspiram na reforma psiquiátrica, buscavam estabelecer a Psiquiatria preventiva da comunidade, com a criação de Unidades de Saúde Mental nas cidades com mais de 100 mil habitantes; priorização do tratamento ambulatorial e encurtamento do tempo de internação, preferencialmente em hospitais gerais; relação de um leito para mil habitantes nas zonas urbanas e, nas zonas rurais, de um leito para cada 2 mil habitantes; além do investimento em pesquisa e investigações epidemiológicas. (YASUI, 2010)

No meado da década de 1970, Luiz Umberto Ferraz Pinheiro, Carlos Teixeira e Domingos Coutinho, no movimento local de pensar a Psiquiatria de modo comunitário, exerceram atividades de assessoramento, supervisão e gestão de centros comunitários de Saúde Mental (Centros Comunitários de Saúde Mental Mário Leal e Osvaldo Camargo) da Secretaria Estadual da Saúde. (GODOY; BOSI, 2007)

A publicação do Catálogo de Classificação e Códigos das Doenças Mentais, o DSM-III em 1980, foi um marco na descrição dos transtornos mentais, com a

aproximação de uma linguagem médica e aos modelos biológicos das doenças. Até aquele momento, em decorrência da escassez de conhecimento acerca de teorias que elucidassem as causas orgânicas para os diversos agravos mentais, havia grande divergência entre as ideias psicanalíticas e a valorização da psicofarmacologia e neurociências. (PITHON; MOREIRA; SCIPPA, 2019)

No ano de 1985, foi criado o Centro de Estudos e Tratamento do Abuso de Drogas (CETAD), localizado próximo ao edifício do Hospital das Clínicas, com o objetivo de acolher usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, promover estudos e pesquisas e formar recursos humanos em parceria com diversos segmentos organizados da comunidade, sob a liderança do prof. Antônio Nery Filho, atualmente sob a direção do dr. George Soares. Tornou-se um centro de referência do estado e campo de estágio permanente dos residentes de Psiquiatria do hospital. (COUTINHO; SABACK, 2007; PITHON; MOREIRA; SCIPPA, 2019)

Médico psiquiatra, Nery, como é conhecido por seus estudantes, nasceu em uma família humilde em Vitória da Conquista (BA) em 1944 e foi criado por seu pai e sua avó após o falecimento precoce da sua mãe, ainda quando tinha apenas dois anos de idade. Professor aposentado da FMB, atuou no Departamento de Medicina Legal como professor de Psiquiatria Forense durante 20 anos e, durante mais de 15 anos, ao ensino de ética médica e bioética nesta faculdade.

Ingressou na FMB no ano do golpe militar de 1964, formando-se em 1970. Ainda como estudante, viveu experiências marcantes em sua trajetória no Hospital Aristides Maltez (HAM) a convite de Annibal Muniz Silvany Filho, lá passando cinco anos de sua graduação. Criou o Clube de Ciências, iniciando sua vida de jovem pesquisador e vivenciou de perto a dor das tantas cirurgias oncológicas. Foi no HAM que conheceu a dra. Layr Ribeiro, uma alagoana doce, precursora da clínica mamária no Brasil, na década de 1960. Foi no HAM que despertou ainda mais seu interesse pela dimensão humana, não era o início nem o fim, mas o processo que o doente estava passando. Escreveu um trabalho sobre a experiência de sofrimento da mulher mastectomizada, gerando desconforto entre os cirurgiões da época. Propôs-se a ser o primeiro psiquiatra oncológico do Brasil, pelo seu gostar de gente e de suas experiências. Lamentavelmente, o diretor do hospital não aceitou e ele foi demitido no final do sexto ano de Medicina.

Em 1969, junto com alguns colegas, criou e foi presidente do primeiro Congresso de Estudantes do Brasil (ECEM), no qual reuniu mais de 120 estudantes, desobedecendo às proibições da Ditadura Militar sobre reuniões estudantis.

No início dos anos 1970, esse homem sonhador não queria mais auxiliar em cirurgias e em um Fusca Volkswagen branco, comprado por Layr Ribeiro, foi ser taxista, para ajudar financeiramente sua família até a sua formatura quando



começou a trabalhar no Manicômio Judiciário da Bahia e iniciou seus estudos na prática clínica psiquiátrica social com o prof. Aurélio de Andrade de Souza Filho.

Viajou para a França para dar continuidade a sua formação psiquiátrica na Universidade Paris V, e morou lá por seis anos. Ao retornar, trabalhou no Manicômio Judiciário novamente por um ano e meio. Foi também coordenador do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Ensino do Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues. Pelo seu ótimo trabalho realizado, foi convidado como professor substituto da disciplina de Medicina Legal para ensinar Psiquiatria Forense pela profa. Maria Tereza de Medeiros Pacheco. Após um ano, o Ministério da Educação (MEC) efetivou a situação contratual e ele se tornou professor efetivo na FMB.

Nery, como é carinhosamente conhecido pelos estudantes, compartilhava inquietações acerca do uso de drogas legais – psiquiátricas, tabaco e álcool. Mas percebeu, com seu olhar voltado à subjetividade humana, que usuários de maconha eram tratados como portadores de doença mental e não concordou com a forma que eles eram direcionados ao Hospital Juliano Moreira.

Foi então que em 1983, após uma viagem à França para falar sobre droga, pessoa e a questão social, propôs ao Departamento de Patologia e Medicina Legal a criação de um ambulatório para acolher socialmente essas pessoas. Ainda em março de 1983, foi presidente da Associação Psiquiátrica da Bahia (APB) e, em parceria com seu secretário-geral, prof. Ronaldo Jacobina e demais colegas da diretoria, deram continuidade ao trabalho iniciado por Luiz Umberto Pinheiro, Domingos Coutinho, entre outros, e colocaram a entidade nas defesas das reformas sanitárias e psiquiátricas. Em 1985, inaugurou o CETAD da UFBA, no bairro de Caixa d'Água. Um ambiente de pensar para os estudantes de Medicina e onde ele poderia acolher os “oncológicos sociais”. Em 1993, o centro foi transferido para o bairro do Canela, completando 35 anos de atividades. Em 1999, criou o Consultório de Rua, estendendo o cuidado às pessoas em situação de rua.

Criou a Acadêmicos de Medicina para Estudos da Ética Médica e Bioética (Academética), um grupo de trabalho criado em 2000, que atuou durante seis anos e teve como principal resultado a criação do Código de Ética do Estudante de Medicina da Bahia. Ainda em 2000, assumiu a condução de Medicina Legal, e propôs a transformação da disciplina para além de um semestre. Era latente a necessidade de trabalhar as questões éticas ao longo do curso de Medicina. E foi em 2007 com um grupo de colegas professores, sobretudo do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), que foi criado o Eixo-Ético-Humanístico na FMB, um importante marco na formação dos estudantes de Medicina.

Atualmente, supervisiona os cinco Consultórios na Rua da Bahia. Apresenta um programa de rádio *Drogas, fique por dentro*, com a profa. Camila Vasconcelos

(DMPS) e Renata Pimentel. Recentemente inaugurou o projeto “Girassóis de rua” e agora almeja a extensão dos “Pontos de cidadania”, nas ruas de Salvador.

## **MARCOS LEGISLATIVOS, CIENTÍFICOS, TERAPÊUTICOS, BIBLIOGRÁFICOS E SOCIAIS DA PSIQUIATRIA NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX**

Dentre os pouco mais de 20 anos (1964 a 1988) compreendidos pela Ditadura Militar presenciada no Brasil, deve-se notar a ocorrência de uma série de acontecimentos de incontestável importância na esfera da Psiquiatria, em especial no que tange ao início e amadurecimento da reforma psiquiátrica no país, que culminaram na superação do modelo manicomial e hospitalocêntrico vigente até então, consolidada com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986) e na I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987 (HIRDES, 2009), no qual o psiquiatra baiano e professor da FMB, Ronaldo Ribeiro Jacobina, fez uma das conferências de abertura na I CNSM, além de ter sido também, como presidente da ABM, delegado da VIII CNS, representando a Associação Médica Brasileira, que desempenharia durante este processo um importante papel na defesa dos ideais do SUS como conhecemos hoje, opondo-se a interesses hegemônicos e neoliberais que, ainda durante sua concepção, já faziam cerco à urgência popular por saúde pública gratuita e de qualidade.

No início do Regime Militar, em termos de saúde pública, foi criado em 1966 o INPS, que unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em vigência até então (BRASIL, 1966), em uma conduta claramente centralizadora, que reunia todas as contribuições previdenciárias. Posteriormente, em 1977, tem-se a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a ser o órgão responsável pela assistência médica até então atribuída ao INPS. (ABREU, c2009; BRASIL, 1977)

Nesse período, tem-se a priorização de convênios com hospitais particulares em detrimento dos públicos, com expansão da rede de hospitais psiquiátricos privados (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007) em um modelo marcadamente hospitalocêntrico e manicomial. (DIAS, 2012) Ainda nesse tocante afirma Resende (1987, p. 61):

[...] a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender à demanda. Isso fez com que nos últimos anos da década de 1970, os hospitais da rede privada tiveram a sua população internada mais que dobrada, enquanto esta permaneceu estável no sistema público.

Este fenômeno foi denominado pelo sanitarista e estudioso Carlos Gentile de Mello de “indústria da loucura”, em claro tom de denúncia. (CAMARGO JUNIOR, 2015)

Em consonância com o restante do país, a Associação Psiquiátrica da Bahia (APB), sob a liderança do psiquiatra e professor Luiz Umberto Pinheiro, em 1978, publica um memorial denunciando a situação da saúde no Brasil, mencionando a privatização da Medicina com objetivo de lucro em detrimento das necessidades da população, más condições de trabalho e de serviços prestados, adoção de um modelo hospitalar obsoleto, entre outras críticas. (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA, 1978)

Com questionamentos, reivindicações e manifestações (GOMES, 2013) tais como os supracitados, ao final da década de 1970, tem-se o que se pode considerar o início da reforma psiquiátrica, não apenas com a ocorrência da crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), mas também o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007) Em 1978, três médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, relataram as condições de maus tratos e violências às quais as pessoas internadas estavam submetidas neste local, além de criticar as péssimas condições de trabalho. Tal evento culminou na demissão de 260 pessoas da DINSAM que, por sua vez, promoveram uma greve, momento que ficou conhecido como crise do DINSAM. Como consequência a isso, tem-se a fundação do MTSM. (FIOCRUZ, 2020)

E foi nesse período que o, entre outros títulos, professor, poeta, psiquiatra e historiador Ronaldo Ribeiro Jacobina se graduou em Medicina pela FMB, ainda sobre o período de forte repressão da Ditadura Militar, e como consequência sem solenidades. O menino do interior de Santo Antônio de Jesus, advindo de escola pública, estava prestes a iniciar uma trajetória difícil até mesmo para os abastados da capital. Desempenharia um importante papel na formação médica da Bahia, na literatura, na construção do SUS, na Psiquiatria social e na preservação da memória histórica da Medicina brasileira, sobretudo baiana. Encontrando sua paixão na Psiquiatria ainda como interno no Sanatório São Paulo, sua tese de mestrado defendida na UFBA em 1982 intitulada *O Asilo e a constituição da Psiquiatria na Bahia*, já evidenciava uma grande marca no seu trabalho: o olhar crítico sobre os processos históricos que determinaram os rumos da saúde baiana. Marca esta levada consigo na sua participação na I CNSM e na VIII Conferência de Saúde, dentre outros momentos onde a voz do garoto do Recôncavo agora representava os anseios dos baianos e a saúde pública.

Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz com a tese *A Prática psiquiátrica na Bahia (1874-1947). Estudo histórico do Asilo São João de Deus/Hospital Juliano Moreira*. Jacobina – Jacó, como é cordialmente evocado pelos

seus alunos – recuperou documentos e traçou um panorama social da evolução da Psiquiatria em quase um século da história baiana a partir da inauguração do Asilo São João de Deus, atual Hospital Juliano Moreira. E foi sobre Juliano “o intelectual baiano de muitos talentos” que Ronaldo Jacobina produziu diversos trabalhos tendo inclusive publicado um trabalho biográfico do seu antecessor psiquiatra, negro, poeta, baiano etc., com achados que normalmente passariam despercebidos aos olhos desatentos daqueles que o admiram tão em parte pelo seu grande trabalho de quase 30 anos à frente do Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro. É neste trabalho então que o lado poético e humano do baiano, assim como detalhes da sua vida em Salvador e na FMB foram explorados e desvendados reforçando a sua importância não só a nível nacional, mas também no íntimo da sua terra natal, sendo pioneiro em debates científicos e sociais, assim como em críticas contra hegemônicas. Ronaldo retornaria mais tarde em 2018 à sede *mater* da FMB, desta vez com a devida solenidade, ao contrário de 1978, para assumir a 29ª cadeira da Academia de Medicina da Bahia cujo patrono, Afrânio Peixoto, sabemos bem, possuía estreitos laços com Juliano Moreira, um de seus grandes sujeitos de estudo, mostrando como a história por diversas vezes reserva reencontros inesperados mesmo que em momentos tão distintos da história. (JACOBINA, 1986, 2001, 2019)

Sob égide da Medicina comunitária e preventiva, em 1982, tem-se a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que, através do projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS) buscou a racionalização dos gastos, além da descentralização e integração das atividades. (BRASIL, 1981; FLEURY; CARVALHO, 2009; GOMES, 2013) Tais medidas se deram favoráveis em relação àquelas defendidas pelo MTSM frente a um momento de crise, falência previdenciária, caos na rede assistencial e privatização dos serviços públicos. (GOMES, 2013)

Por fim, através da realização da I CNSM (1987), uma consequência da VIII CNS (1986; que veio a dar origem ao SUS), teve-se a elaboração de um novo planejamento para a área da saúde mental e Psiquiatria. Outro momento importante, ocorrido também em 1987, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental, culminou na formação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), que buscavam o fim integral dos manicômios e contava não apenas com a participação de profissionais da área, mas também com vários setores da sociedade. (AMARANTE, 1995; GOMES, 2013)

A proximidade da chegada da década de 1990 anunciava profundas mudanças no modelo de atenção psicossocial, assim como a reestruturação dos papéis dentro do cuidado aos que acessam esses serviços. Um acontecimento marcante deste período foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta pela prefeitura de Santos em 1989, possível apenas em função da municipalização do sistema de saúde. O fechamento

do hospício de mais de 500 internos se seguiu pela substituição deste modelo por um pautado no assistencialismo com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial. (AMARANTE, 1995) Tamanha a repercussão deste evento, foi proposto, ainda em 1989, o Projeto de Lei nº 3.659/1989, pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG).

O projeto, pelas palavras de Amarante (1995, p. 492): “[...] propôs a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico com a sua substituição por outras modalidades assistenciais”; tal projeto, por fim, foi transformado na Lei nº 10.216, que estabelece o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, 1989, 2001) Este barrava a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, previa a criação de “recursos não-manicômiais de atendimento” e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação.

É dentro desse contexto reformista que ocorrem uma série de eventos para discutir o tema, em um crescente movimento de desinstitucionalização dos pacientes no Brasil. Entre eles o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, com o lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios” e a I CNSM, em 1987. Neste, foi defendida a não continuação dos meios de contenção presentes no tratamento, o estabelecimento da relação do indivíduo com sua autonomia, produção de relações, espaços de interlocução, restituir os direitos, eliminação da coação e das tutelas. Além disso, os usuários e seus familiares, são incorporados como agentes críticos e impulsionadores do processo.

E foi nesse contexto, em sintonia com a produção de propostas e recomendações bem elaboradas, que o relatório final da II CNSM (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994) foi publicado pelo Ministério da Saúde e adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Ficaram estabelecidos conceitos de atenção integral e cidadania e a partir deles são desenvolvidos o tema dos direitos e da legislação e a questão do modelo e da rede de atenção na perspectiva da municipalização. As recomendações gerais sobre o modelo de atenção propunham a adoção dos conceitos de território e responsabilidade como forma de “ruptura com o modelo hospitalocêntrico” e de garantir “[...] o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não os abandonar à própria sorte”. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p. 12)

## **AS PORTAS PARA UM NOVO SÉCULO SE ABREM PARA A PSIQUIATRIA?**

Apesar das resistências do modelo hospitalocêntrico e das dificuldades de consolidar a implantação de ideário tão amplo e complexo, era notória a influência

das mudanças ideológicas e legislativas sobre a imagem cultural que se tinha dos sujeitos em sofrimento psíquico pela população. As transformações na autoimagem destes pacientes, que dependem de fatores ainda mais complexos, também começavam a acontecer.

Diante destes avanços a Psiquiatria passa a poder oferecer um extenso leque de possibilidades terapêuticas mais estruturadas tanto psicofarmacológicas como também agora psicanalíticas, psicoterápicas etc. Waldeck d'Almeida, professor do até então Departamento de Neuropsiquiatria, fundador da Associação Bahiana de Psicodrama (1976), inseriu no HUPES o psicodrama junto a alunos de graduação (de 1989 a 1997), por meio de atividades de *role-playing*, supervisionando a relação médico-paciente, na residência médica de Psiquiatria e também como consultor ao serviço de enfermagem.

Como resultado da política de incentivo às unidades abertas e de imposição de regras e limites à internação hospitalar, ocorreu uma diminuição do número de leitos e hospitais, acompanhado pela criação de alternativas de assistência não hospitalares. (BRASIL, 2005) Em 1996, os dados disponíveis registravam 106 serviços de atenção diária, sendo que este tipo de serviço praticamente inexistia seis anos antes. E, felizmente, o ritmo foi mantido, pois em 2001 já eram registrados 275 serviços dessa natureza no país.

Junto ao novo modelo de atenção psiquiátrica que se consolidava no início do século XXI algumas das terapias que eram temas recorrentes da produção científica do século anterior perdiam espaço enquanto outras ainda permaneciam vivas através de professores e práticos no nosso estado. Foi a partir do final da década de 1990 que muitas foram perdendo espaço ao grande volume de evidências que eram produzidas e disseminadas no meio psiquiátrico como, por exemplo, aquelas fruto das terapias cognitivo-comportamentais.

Pode-se dizer que o avanço vigoroso e consistente da reforma psiquiátrica brasileira na década de 1990 prossegue nos primeiros anos da próxima década, inclusive com a aprovação da Lei nº 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica, em abril de 2001, que tratava da proteção e dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A lei previa, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito e a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; cuidados especiais à clientela de longa permanência, sem descartar a possibilidade de punição para a internação involuntária e/ou desnecessária.

No ano 2000 chega ao Departamento de Neuropsiquiatria da FMB da UFBA (hoje Departamento de Neurociências e Saúde Mental) o professor Irismar Reis de Oliveira, professor titular de Psiquiatria. Antes de ser professor titular de Psiquiatria, em 1995, foi graças a sua presença no corpo docente do curso de

Pós-Graduação em Medicina e Saúde (CPgMS) que este ganhou a área de concentração em Neuropsiquiatria (hoje Neurociências), após um longo processo que há muito encontra diversas dificuldades. Antes disso, a Psiquiatria e a Neurologia eram as únicas especialidades a não contar com pós-graduação *stricto sensu*. Sua chegada, vindo do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da UFBA, não afetou a já reconhecida produção do centro de pesquisa clínica, herança do seu período como docente deste instituto com publicações em revistas internacionais que contribuíram para entender sobretudo os efeitos dos antidepressivos sobre as mais diversas áreas do nosso cérebro.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no período de 11 a 15 de dezembro de 2001, em Brasília, tendo como tema “Cuidar Sim, Excluir Não”, representou o fortalecimento do consenso em torno da proposta da reforma psiquiátrica, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao hospitalocêntrico. Isto repercutiu na implantação da Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica pelo Conselho Estadual de Saúde da Bahia que contou, até 2003 com a participação docente do Departamento de Neuropsiquiatria da FMB-UFBA.

E foi superando o modelo hospitalocêntrico, destinado inicialmente sobretudo a conter e manejar a aplicação de terapias complexas envolvendo fármacos e procedimentos, que as novas terapias cognitivas, que já não necessitavam de tamanho aparato hospitalar, se consolidaram como opção terapêutica. Não é à toa que um dos grandes expoentes da psicofarmacologia clínica foi um dos responsáveis por semear o ensino da psicoterapia cognitiva trazidas do exterior para o Brasil já na segunda metade da década de 1990 pelo Programa de Treinamento Brasileiro em Terapia Cognitiva, à época em Porto Alegre e São Paulo. Em 2006 seria dado início ao atendimento ambulatorial da população na primeira turma do curso de Especialização em Terapia Cognitiva. Em 2007, fruto de mais de uma década de estudos foram apresentados pela professor Irismar no Congresso Mundial de Terapias Comportamentais e Cognitivas.

Parte desse processo de superação foi a criação, em 2008, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008, art. 1) de modo a ampliar as capacidades resolutivas da Atenção Básica aumentando ainda mais a inclusão da Estratégia Saúde da Família ESF nos processos de territorialização desta. Sua composição varia de acordo com a constituição populacional das cidades, porém há a presença dos mais diversos profissionais, de nível superior, incluindo o médico psiquiatra, selecionados pelos gestores municipais com base nas demandas construídas a partir dos dados epidemiológicos.

A partir de dezembro de 2011 diversos serviços do SUS passariam a integrar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011, art. 1), abrangendo o

acolhimento, atendimento, tratamento e acompanhamento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e também aquelas com necessidades geradas pelo uso de álcool e outras drogas. Integram a RAPS, desse modo, a Atenção Básica e a Atenção e Reabilitação Psicossocial Especializadas – evidenciada pelos incentivos sobretudo ao financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) –, as urgências e emergências dos hospitais gerais, a atenção hospitalar – com alas psiquiátricas em hospitais gerais, com o incentivo e a promoção de Estratégias de Desinstitucionalização –, e por fim os Serviços Residenciais de Caráter Transitório.

No Brasil, a RAPS conta hoje com 791 residências terapêuticas; 68 unidades de acolhimento (adulto e infantojuvenil); 1.785 leitos de saúde mental em hospitais gerais; 13.851 leitos em hospitais psiquiátricos; 50 equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental; e 144 Consultórios na Rua. Na Bahia, atualmente são 263 CAPS cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, estando 253 em funcionamento. Até 2005, a Bahia possuía 1.633 leitos psiquiátricos em nove hospitais psiquiátricos, sendo atualmente 373 leitos do SUS em quatro hospitais psiquiátricos. Não à toa, um importante debate é travado no que diz respeito à assistência à saúde mental. A reforma psiquiátrica não buscava preconizar tão puramente o fim do hospital psiquiátrico como uma instituição maligna, mas superar um modelo de atenção pautado em uma instituição cujo itinerário terapêutico por séculos se resumiu a amarras e tratamentos custosos com pouco benefício ao paciente. Entretanto, quando se fala na substituição de leitos em instituições de alta complexidade para usufruir do tratamento em locais de média e baixa complexidade, sobretudo num contexto de subfinanciamento orquestrado do SUS, há o receio de que muitas pessoas acabem vindo a ficar desassistidas.

## REFERÊNCIAS

ABREU, A. A. Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). *In: FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Dicionário histórico-brasileiro*. Rio de Janeiro: FVG, c2009. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps>. Acesso em: 22 ago. 2021.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA. Memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 32-35, jan./mar. 1978. Disponível em:



[http://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.6&pesq=associa%E7%E3o+psiqui%E1trica+da+bahia&x=0&y=0](http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.6&pesq=associa%E7%E3o+psiqui%E1trica+da+bahia&x=0&y=0). Acesso em: 14 jan. 2021.

ASYLO de S. João de Deus (Alienados): primeiro relatório annual. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 8, n. 1, p. 78-85, fev. 1876.

BIOGRAFIA: Nise da Silveira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 22, n. 1, mar. 2002. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932002000100014](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100014). Acesso em: jan. 2021.

BRASIL. Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 104, p. 13523, 22 nov. 1966. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/del0072.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del0072.htm). Acesso em: 22 jan. 2021.

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 Império. *In: INDICE dos Actos do Poder Executivo de 1879*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1880. pt. 2, t. 42. p. 196-215.

BRASIL. Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 119, p. 16637, 3 set. 1981. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-86329-2-setembro-1981-436022-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Em 18 de fevereiro de 1808. Manda crear uma Escola de Cirurgia no Hospital Real da Cidade da Bahia. *In: COLLECCÃO das Leis do Brazil de 1808*. Brasil: Imprensa Nacional, 1891. pt. 2. Índice das decisões de 1808. p. 2.

BRASIL. Lei de 3 de outubro de 1832. Dá nova organização às actuaes Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia. *In: COLLECCÃO de Leis do Imperio do Brazil de 1832*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1874. pt. 1. p. 87-95.

BRASIL. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 113, 18 jul. 1975. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6229.htm). Acesso em: 22 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 6.439, de 1 de setembro de 1977. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 115, p. 11617, 2 set. 1977. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6439.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6439.htm). Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 69-E, p. 2, 9 abr. 2001.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei 3657/1989*. Brasília, DF, 12 set. 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF, nov. 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Disponível em: [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 145, n. 93, p. 47-49, 25 jan. 2008. Disponível em: [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 247, p. 230-232, 26 dez. 2011. Disponível em: [http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: mar. 2021.

CÂMARA, P. F. Vida e obra de Nise da Silveira. *Psychiatry on line Brasil*, [s. l.], v. 7, n. 9, set. 2009. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php>. Acesso em: jan. 2021.

CAMARGO JUNIOR, K. R. de. Saúde mental, cidadania e o campo científico. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1057-1058, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01057.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CASTRO, E. D. de; LIMA, E. M. F. de A. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2007.v11n22/365-376/pt/#>. Acesso em: jan. 2021.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília, DF. *Relatório final* [...]. Brasília, DF: Ministério de Saúde, 1994.

COUTINHO, D.; SABACK, E. S. O histórico da Psiquiatria na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 210-218, jul./dez. 2007.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, Assis, SP, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>. Acesso em: 20 jan. 2021.

- DIAS, M. T. G. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. *Estudos & Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8235/5998>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- FIOCRUZ. Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Linha do Tempo: crise da DINSAM – Criação do MTSM*. Rio de Janeiro, c2020. Disponível em: <http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/1>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- FLEURY, S.; CARVALHO, A. I. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). In: FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Dicionário histórico-brasileiro. Rio de Janeiro: FVG, c2009. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 22 ago. 2021.
- FONTE, E. M. M. da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, Recife, v. 1, n. 18, 2012.
- GOMES, A. L. C. *A Reforma Psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa – PB*. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13806/1/404.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.
- GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. A alteridade no discurso da Reforma Psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 289-299, 2007.
- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, jan./fev. 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100036](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036). Acesso em: 20 jan. 2021.
- HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar em revista*, Curitiba, v. 25, p. 127-141, 2005.
- JACOBINA, R. R. Álvaro Rubim de Pinho (1922-1994): psiquiatra baiano nascido na Amazônia. *Galeria dos Professores Encantados. Histórico*. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, jun. 2020. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/5863>. Acesso em: 6 abr. 2021.
- JACOBINA, R. R. Álvaro Rubim de Pinho. In: JACOBINA, R. R. *Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): professores, funcionários e alunos da FAMEB*. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 2013. v. 3. p. 203-206.
- JACOBINA, R. R. A constituição da psiquiatria na Bahia: o agente, seus saberes e práticas no Asilo. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 13, n. 1/3, jan./set. 1986.
- JACOBINA, R. R. *Juliano Moreira: da Bahia para o mundo. A formação baiana do intelectual de múltiplos talentos*. Salvador: Edufba, 2019.

- JACOBINA, R. R. *A prática psiquiátrica na Bahia (1874-1947)*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- LEAL, E. Assistência aos alienados: relatório do Dr. Eutychio Leal, Diretor do Asylo S. João de Deus. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 43, n. 8, p. 359-371, fev. 1912.
- MAGALDI, S. F. A psique ao encontro da matéria: corpo e pessoa no projeto médico-científico de Nise da Silveira. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 69-88, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n1/0104-5970-hcsm-25-01-0069.pdf>. Acesso em: jan. 2021.
- MELO, W. Nise da Silveira e o campo da saúde mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 30-52, 2009. Disponível em: [https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/download/41432/pdf\\_158](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/download/41432/pdf_158). Acesso em: jan. 2021.
- MENDES, C. de M. *Práticas e representações artísticas nos cemitérios do convento de São Francisco e venerável Ordem Terceira do Carmo Salvador (1850-1920)*. 2007. Dissertação (Mestrado em Artes Visuais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/9817>. Acesso em: mar. 2021.
- MOREIRA, J. *Etiologia da Syphilis maligna precoce*. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 1891.
- MUSEU de Imagens do Inconsciente: o legado de uma vida. *Nise da Silveira: vida e obra*, Rio de Janeiro, c2014. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/nisedasilveira/museu-de-imagens-do-inconsciente.php>. Acesso em: jan. 2021.
- NAPOLITANO, C. J. *et al.* O Golpe de 1964 e a Ditadura Militar em Perspectiva. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.
- NISE da Silveira: de “Jovem Minerva” a “Rebelde Maldita”. *Biblioteca Virtual Consuelo Pondé*, Salvador, [c201-?]. Disponível em: <http://www.bvconsueloponde.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=167>. Acesso em: jan. 2021.
- NOVIS, A. Discurso do Dr. Aristides Novis. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 54, n. 2, p. 310-316, ago. 1923.
- ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 178-179, 2000.
- PICCININI, W. J. História da Psiquiatria: a casa da Lapinha e outras histórias. *Psychiatry on line Brasil*, [s. l.], v. 9, n. 10, out. 2004.
- PIRES, N. *et al.* Sobre 110 casos tratados pelo sonho hibernal. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 74, n. 1, p. 5-8, jan./jun. 2008.
- PITHON, C. C.; MOREIRA, E. C.; SCIPPA, Â. M. A história do primeiro serviço psiquiátrico em hospital geral do Brasil. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, Salvador, v. 23, n. 2, p. 137-146, 2019.

PRANDONI, R. F. S.; PADILHA, M. I. C. de S. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 633-640, 2004.

RESENDE, H. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N. do R.; TUNDIS, S. A. (org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987. p. 15-69.

RODRIGUES, M. F. Raça e criminalidade na obra de Nina Rodrigues: uma história psicossocial dos estudos raciais no Brasil do final do século XIX. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 1118-1135, 2015.

RODRIGUES, R. N. Memória histórica apresentada pelo Raymundo N. Rodrigues à Congregação da Faculdade de Medicina e de Pharmacia da Bahia em 29 de março de 1897. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 73, p. 12-30, out. 1976. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/394/382>. Acesso em: 30 mar. 2021.

RUSSELL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos and Philanthropists: the Santa Casa da Misericórdia of Bahia, 1550-1755*. Londres: Macmillan, 1968.

SANTOS, J. de O. *A Biblioteca Universitária de Saúde da UFBA: espaço de formação para estudantes*. 2015. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18307>. Acesso em: mar. 2021.

SILVEIRA, N. M. da. *Ensaio sobre a criminalidade da mulher no Brasil*. 1926. Tese (Doutorado em Ciências médico-cirúrgicas) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1926.

SILVEIRA, N. M. da. Estado mental dos afásicos. *Revista de Medicina, Cirurgia e Farmácia*, Rio de Janeiro, n. 101, p. 470-477, set. 1944.

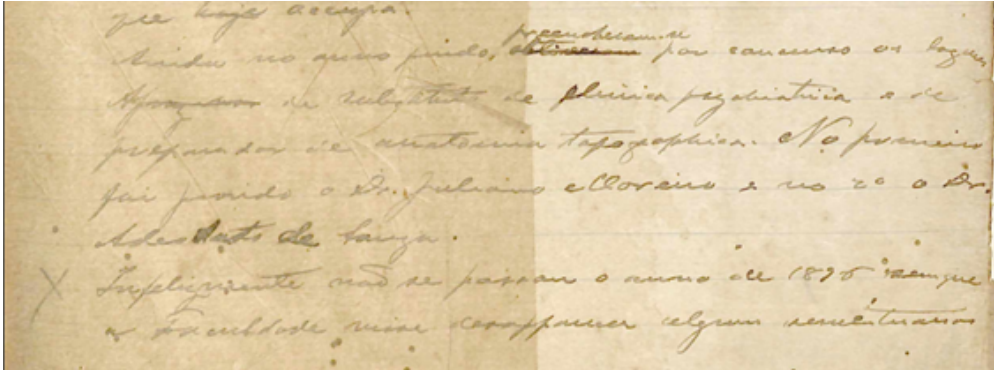
SILVEIRA, N. M. da. Contribuição aos estudos dos efeitos da leucotomia sobre a atividade criadora. *Revista de Medicina, Cirurgia e Farmácia*, Rio de Janeiro, n. 255, jan. 1955.

SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 29., 2017, Brasília, DF. *Anais [...]*. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2017.

TOUTAIN, L. M. B.; SILVA, R. R. G. da. (org.). *UFBA: do século XIX ao século XXI*. Salvador: Edufba, 2010.

YASUI, S. *Rupturas e encontros com desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

## FIGURAS



**Figura 1** – Trecho da Memória Histórica escrita de próprio punho e apresentada por Raimundo Nina Rodrigues à Congregação da Faculdade de Medicina e Pharmacia da Bahia, em 29 março de 1897, na qual consta a aprovação de Juliano Moreira em concurso como substituto da cadeira de Clínica Psiquiátrica. Este achado se faz relevante e curioso pelo fato de, pelas mãos daquele que a história consagraria como seu grande adversário científico dentro da academia, Nina Rodrigues, Juliano fora eternizada sua ascensão nesta memória  
Fonte: Rodrigues (1976).<sup>1</sup>



**Figura 2** – Juliano Moreira recebe título da Universidade de Hamburgo, na Alemanha, em 1928. Teria a Dermatologia e a Psiquiatria uma correlação? Estudar a vida e obra de Juliano Moreira é estudar uma visão profundamente humana dos males que afligiam corpo e alma, não estar como um piloto daquela máquina, mas um confluente de fatores e determinações que só conseguiriam

1 Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/24407>. Texto resgatado e transcrito pela *Gazeta Médica da Bahia* em 1976 disponível na íntegra em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/artic/e/viewFile/394/382>.

ser estudadas sem as amarras racistas e classistas ferozmente defendidas por muitos dos seus pares. Juliano foi louvado com 30 anos à frente do motor da Psiquiatria brasileira, condecorado em três continentes. O mundo e o Brasil reconheceram seu trabalho e nos resta em trabalhos como este garantir que seja reconhecido sempre e também em seu berço como nosso patrimônio o dr. Juliano  
Fonte: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/95>.<sup>2</sup>



**Figura 3** – Professor dr. Álvaro Rubim de Pinho, catedrático de Psiquiatria da FMB-UFBA, quarto integrante da mesa da esquerda para a direita, durante Simpósio sobre Depressão em Belo Horizonte em 1970 como presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) – criada em 1966, quatro anos antes. O prof. Rubim representava um dos lados da disputa representada, opondo-se aos cientificistas estritos, defensores dos novos fármacos e seu amplo uso no tratamento, defendendo seu uso direcionado e sempre que possível reduzido com maior participação de psicoterapia e socioterapias amplamente entre os pacientes sob forte influência das teorias reformistas. Esse simpósio contou com a presença de Robert Castel e Franco Basaglia conhecidos à época como “antipsiquiatras”, termo que perdura até os dias atuais para denotar aqueles que defendem modelos de reforma para o tratamento psiquiátrico como se fossem inimigos da Psiquiatria  
Fonte: <http://centrodeatencaocognitiva.blogspot.com/2012/11/breve-historia-da-psiQUIATRIA-mineira.html>.

2 O livro de professor Ronaldo Jacobina *Juliano Moreira da Bahia para o mundo: a formação baiana do intelectual de múltiplos talentos* tem esta foto em riquíssima qualidade.



**Figura 4** – Dissertação de Nise Magalhães da Silveira apresentada à FMB em 30 de outubro de 1926 intitulada *Ensaio sobre a criminalidade da mulher no Brasil*, curiosamente escrita pela única mulher da sua turma. Nise abria caminho para uma trajetória de embates e denúncias, sendo essa tese uma evidência de que seu espírito combativo fora cultivado ainda na faculdade ao denunciar tratamentos diferentes entre homens e mulheres no tratamento da Medicina Legal  
Fonte: Silveira (1926).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/29508>.





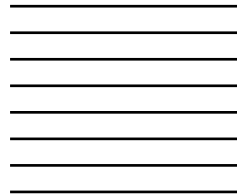
**Figura 5** – Nise, no centro à esquerda, a única mulher de uma turma de 75 alunos formada em 1926. Foto tirada na sede *mater* da FMB no Terreiro de Jesus. Apesar de sua trajetória ser reconhecida no Rio de Janeiro pelo seu trabalho sobretudo no Hospício Pedro II sendo discípula de Juliano Moreira, Nise ensaiava desde a sua formação em solo soteropolitano suas características que lhe renderiam o título de “A Psiquiatra Rebelde” ao defender uma tese inédita tanto pelo seu tema e abordagem, quanto revolucionária por ser um trabalho sobre mulheres, enfim, escrito por uma mulher, sendo uma das que abriram terreno e potencializaram um processo natural de reivindicação de um espaço até então masculino  
Fonte: <https://www.itaucultural.org.br/ocupacao/nise-da-silveira/nise/>.



**Figura 6** – Professor Antônio Nery Filho na porta da Igreja Sant’Ana do Rio Vermelho, ponto boêmio da cidade que aquece a noite de muitos os que procuram curar os males da vida na metrópole baiana, onde o consumo de substâncias é “democratizado” entre a classe média, trabalhadores e pessoas em situação de rua. Nery, na foto, dialogava com a sua população por meio da arte e da cultura com o “Trabalhando na praça, escutando na rua” um dos seus trabalhos que contava com momentos de escuta ativa e também disponibilizava Consultório de Rua para atendimento e psicanálise a quem não podia pagar  
Fonte: Adilton Venegeroles (2020).<sup>4</sup>

4 Disponível em: <https://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/noticias/2118477-iniciativa-alia-arte-e-saude-no-rio-vermelho>.





# 11

## HISTÓRIA DA MEDICINA DO TRABALHO E DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA BAHIA

*Karina Gazzoni Serafim*  
*Paulo Gilvane Lopes Pena*  
*Eduardo José Farias Borges dos Reis*  
*Alef Amorim Moniz*  
*Francisco Henrique Rosa Maia*  
*Isadora Lima Mesquita*  
*Jeane Brito Falcão*

### INTRODUÇÃO

O reconhecimento da relação entre o trabalho e a saúde tem uma longa trajetória inscrita na história da humanidade e no desenvolvimento sociocultural dos seus diversos campos culturais, sociais e econômicos, dentre outros. A história da Medicina do Trabalho pode ser compreendida neste contexto por meio da evolução do conhecimento sobre as enfermidades relacionadas ao trabalho, até a sua institucionalização como uma área da Medicina.

A conformação da Medicina do Trabalho como especialidade médica tem o marco inicial na Revolução Industrial ocorrida na Inglaterra entre o período de 1760 a 1830, que em seguida se ampliou para o mundo. Trata-se de uma prática técnica, científica e social que transita entre os polos da clínica e da Saúde Pública, sendo nesta inserida no campo da saúde do trabalhador. Surgiu da necessidade de reduzir o grau de adoecimento e morte observado entre os trabalhadores com o objetivo de promover a saúde física e mental em ambientes sociais e de trabalho saudáveis, prevenir doenças e acidentes do trabalho, e proporcionar cuidados assistências ou de reabilitação das vítimas de agravos relacionados ao trabalho

Com base em uma revisão narrativa de literatura, este capítulo traz aspectos importantes sobre a evolução da Medicina do Trabalho no mundo e no Brasil, com destaque para a forma como isto aconteceu na Bahia.

## **NO MUNDO OCIDENTAL**

Desde a Antiguidade, foram reconhecidas as relações entre doenças e ocupações, entretanto, este reconhecimento não levou a modificações específicas do espaço laboral. Uma possível explicação para a ausência de ações efetivas seria o fato de que somente os escravos realizavam as atividades mais pesadas e de maior risco nesta época. (MENDES; WAISSMANN, 2013) Tal elitismo é refletido, por exemplo, na vida e obra de Hipócrates (século 4 a.C.). O mestre em Medicina descreveu o quadro de envenenamento por chumbo entre mineiros, porém, omite totalmente o ambiente de trabalho e a ocupação no seu clássico *Ares, Águas e Lugares*. (ROSEN, 1994) De Hipócrates até Cláudio Galeno, considerado o maior médico do Império Romano, há, além de escritos médicos, um número considerável de citações não médicas onde se relacionam doenças e ocupações, como visto em textos de Platão (427-347 a.C.) e Aristóteles (384-322 a.C.). (MENDES; WAISSMANN, 2013) Pouco é conhecido sobre as relações entre trabalho e saúde na Idade Média. (MELLING; CARTER, 2010)

Nos séculos XV e XVI, o desenvolvimento tecnológico, a ascensão da burguesia e das possibilidades comerciais e o poder centralizador dos Estados determinaram um grande incremento nas atividades relacionadas à mineração e ao manuseio de metais nobres. As atividades ligadas ao transporte marítimo também sofreram importantes transformações, como resultado da expansão mercantilista e das novas e prolongadas rotas de navegação. (MENDES; WAISSMANN, 2013) O volume aumentado de negócios, resultante do crescimento das empresas comerciais criou uma demanda de expansão das moedas correntes e de capital que demandou a necessidade de um maior suprimento de ouro e prata. (ROSEN, 1994) A partir deste

período foram crescentes os estudos médicos sobre a saúde dos marinheiros, e das pessoas que trabalhavam com mineração e metais.

Em 1556 foi publicado o livro *De Re Metalica*, escrito por Georgius Agricola, que abordava aspectos relacionados à extração e fundição de metais argentíferos e auríferos, além de dedicar um capítulo aos acidentes de trabalho e às doenças mais comuns entre os mineiros, dando destaque à chamada “asma dos mineiros”. (MELLING; CARTER, 2010; MENDES, 2013; ROSEN, 1994) Em 1567, surge uma publicação de destaque escrita por Paracelso (Aureolus Philippus Theophrastus von Hohenheim) e intitulada *Von der Bergsucht und andren Bergkrankheitern* (*Dos ofícios e doenças da montanha*), na qual o autor discutiu a relação saúde-trabalho e que trata de doenças de mineiros (principalmente as pulmonares), fundidores e metalúrgicos e as causadas por mercúrio. (MELLING; CARTER, 2010; MENDES, 2013)

O fim do século XVII pode ser considerado como um divisor de águas na história do conhecimento sobre as doenças relacionadas ao trabalho, pois em 1700 foi publicado o livro *De Morbis Artificum Diabatra* (*Tratado sobre as Doenças dos Trabalhadores*), extraordinária obra de Bernardino Ramazzini, médico que atuava na região de Modena na Itália, e, com uma visão clínica impressionante para aquela época, na qual não existiam recursos propedêuticos maiores, descreveu doenças que ocorriam em mais de 50 profissões. (RAMAZZINI, 2000) Ramazzini, antecipando alguns conceitos básicos da Medicina Social, enfatizou a importância do estudo das relações entre o estado de saúde de uma determinada população e suas condições de vida, que estavam, segundo ele, na dependência da situação social. Além disso, ele introduziu na anamnese clínica a pergunta: “Qual é a sua ocupação?”. (RAMAZZINI, 2016) Em função da importância de seu trabalho, ele recebeu da posteridade o título de pai da Medicina do Trabalho e seu livro constituiu-se no primeiro tratado completo sobre doenças relacionadas ao trabalho e foi a obra de referência para a área até o século XIX, quando a Revolução Industrial determinou a geração de novos problemas sanitários. (MELLING; CARTER, 2010; MENDES, 2013; ROSEN, 1994)

A Revolução Industrial na Inglaterra (primeira nação industrial durante o século XIX) impulsionou o desenvolvimento da produção de bens e serviços, operando uma mudança radical na estrutura econômica, social e política. Esperava-se que a industrialização diminuísse os custos de produção e o esforço humano e melhorasse as condições de vida, porém as cidades ofereciam condições deploráveis aos seus habitantes, transformando-se em locais propícios à difusão de doenças. (MARTINS, 2008)

Nas fábricas, a aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infectocontagiosas, ao mesmo tempo em

que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997) Toda sorte de acidentes graves, mutiladores e fatais, como intoxicação aguda e outros agravos à saúde, impactaram os trabalhadores, incluindo crianças de cinco, seis ou sete anos, e mulheres, preferidas que eram – crianças e mulheres – pela possibilidade de lhes serem pagos salários mais baixos. (MELLING; CARTER, 2010; MENDES, 2013) Este quadro ameaçava os interesses da produção num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente e desencadeou movimentos sociais como a luta por melhores condições de trabalho. (PENTEADO, 1999)

Durante a Revolução Industrial, a preocupação com a força de trabalho e com as perdas econômicas suscitou a intervenção dos governos dentro das fábricas e o poder político começou a editar normas que determinavam melhorias sanitárias nos ambientes de trabalho. Destaca-se Factory Act (1833), Lei das Fábricas, que ampliou as medidas de proteção dos trabalhadores em todas as fábricas que utilizavam a força hidráulica ou do vapor, havendo desde então, empresas que começaram a contratar médicos para o controle da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho. (MELLING; CARTER, 2010) A prática da Medicina do Trabalho enquanto área da Medicina tem, no século XIX, seu marco inicial com a contratação de médicos nas fábricas para assistência à saúde do trabalhador, e na esfera pública, com a criação da primeira inspeção médica do trabalho, em 1898, na Inglaterra, sendo esta a primeira institucionalização das práticas de Medicina do Trabalho no âmbito do Estado. (MELLING; CARTER, 2010)

O modelo de serviços médicos dentro das empresas difundiu-se para vários países da Europa e de outros continentes, paralelamente ao processo de industrialização. Gomez e Thedim (1997) referem que a presença do médico no interior das fábricas representava, simultaneamente, “um esforço para detectar os processos danosos à saúde e uma espécie de braço do empresário para recuperação do trabalhador”, objetivando seu rápido retorno à linha de produção. De acordo com Mendes e Dias (1991), a fragilidade ou inexistência dos serviços públicos de assistência à saúde, providos diretamente pelo Estado ou como expressão do seguro social, contribuiu para que “os serviços de medicina do trabalho passassem a exercer um papel vicariante”.

No início do século XX, a crescente necessidade de fiscalização e de implementação de orientações em escala global sobre o ambiente laboral determinou o surgimento da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919. (FRIAS JÚNIOR, 1999) Nesse mesmo ano, esta instituição adotou a convenção que respondia a uma das principais reivindicações do movimento sindical e operário

desde o final do século XIX: a limitação da jornada de trabalho a 8 horas diárias e 48 horas semanais. Outras convenções importantes desta época referem-se à proteção à maternidade, à luta contra o desemprego, à definição da idade mínima de 14 anos para o trabalho na indústria e à proibição do trabalho noturno de mulheres e menores de 18 anos. A OIT é responsável pela formulação e aplicação das normas internacionais do trabalho (Convenções e Recomendações). (OIT, [201-?]) A experiência dos países industrializados transformou-se na Recomendação nº 112, de 1959 que tratava dos “Serviços de Medicina do Trabalho”.

Após a Segunda Guerra Mundial, a forma de atuação dos serviços de Medicina do Trabalho, centrada no adoecimento do trabalhador, mostrava-se insuficiente para atender os problemas enfrentados. Desta forma, surge o modelo de intervenção sobre o ambiente, a “saúde ocupacional”, tendo como principal estratégia a intervenção nos locais de trabalho através da atuação multiprofissional com a finalidade de controlar os riscos ambientais. A partir do final dos anos 1960, em meio a um intenso processo mundial de mudanças sociais, se desenvolve a “saúde do trabalhador”, que constitui um campo da Saúde Pública que compreende a articulação entre produção, trabalho e saúde e que, segundo Mendes e Dias (1991, p. 347):

Apesar das dificuldades teórico-metodológicas enfrentadas, a saúde do trabalhador busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e idéias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na ‘moderna’ civilização urbano-industrial.

O ambiente laboral, a partir de meados do século XX até a contemporaneidade, também passa a sofrer influência da ergonomia: uma disciplina criada a partir da observação e ação de médicos e engenheiros que se debruçaram sobre os efeitos das atividades ocupacionais na saúde do trabalhador e propuseram a instituição de normas de melhorias nesse espaço. (SILVA; PASCHOARELLI, 2020) Outras importantes áreas disciplinares no âmbito da saúde ocupacional surgiram nesse período, como a higiene do trabalho ou a higiene ocupacional, a toxicologia industrial, engenharia de segurança do trabalho, a psicodinâmica do trabalho, e passaram a fazer parte da interdisciplinaridade que envolve as práticas da Medicina do Trabalho.

O conhecimento em matéria de relações trabalho-doença tem sido muito mais rápido do que a sua aplicação às condições reais de trabalho. São exemplos disso: as situações em que o mercado de trabalho determina relações desproporcionadas entre a procura e a oferta; o que, por vezes, incentiva o não cumprimento de disposições elementares em matéria de prevenção dos riscos profissionais, de acidentes de trabalho e de doenças profissionais. (SOUSA-UVA; SERRANHEIRA, 2013)



## NO BRASIL

Antes do período da colonização, o trabalho dos índios, habitantes do Brasil há milhares de anos, ocorria sem perspectiva de acúmulo de riquezas, transformando as matérias dispostas na natureza em meios de subsistência, ou seja, tendo o maior valor, o seu uso. (GURGEL, 2011)

A partir da história da colonização portuguesa no Brasil, se organizou um regime escravocrata que estruturou social e economicamente um modelo de relação com o trabalho centrado no extrativismo mineral e na agricultura. Inicialmente, houve a escravização dos indígenas, para em seguida se concentrar na escravidão das pessoas negras, configurando um mundo do trabalho marcado pela violência da segregação racial. Esta sociedade racializada imposta pelos colonizadores e mantida pela monarquia brasileira após a independência, perdurou por quatro séculos no Brasil. O escravo era considerado um patrimônio vivo a ser utilizado para o trabalho braçal, nas atividades de serviços, ou ainda para a reprodução e venda no mercado de escravos. (MARQUESE, 2004; VERGER, 2002) A sua força de trabalho era destituída de atributo de valor, porém inscrita no valor da pessoa enquanto mercadoria violentamente reduzida à condição assemelhada ao animal de carga. (VERGER, 2002)

Os processos mórbidos que vitimavam os escravos, como doenças e acidentes do trabalho, compunham o universo das mais brutais formas de suplícios, castigos, mutilações, humilhações como meio de organização e gestão do trabalho para assujeitar o escravo ao regime de vida no cativeiro. (MARQUESE, 2004) A enfermidade representava uma ameaça ao valor patrimonial do proprietário do escravo, que tinha nos manuais de agronomia e veterinária a referência técnica para os cuidados de saúde e assim preservar seu capital. (PENA, 2021)

Com isso, a agronomia e a Medicina Veterinária se constituíram nos modelos de práticas assistenciais à saúde do escravo relacionados ao trabalho durante os anos de escravidão no Brasil e nos demais países escravocratas das Américas. (PENA, 2021; PENA; GOMES, 2011) Nesse sentido, de modo diferente do ocorrido na escravidão de povos no antigo Egito, Grécia e Roma, nas Américas foi implementado o regime de escravidão dos povos negros, centrado na brutal concepção naturalizada de inferioridade racial da pessoa negra surgida na era colonial. A herança desse período persiste dramaticamente nas formas atuais de racismo individual, institucional e estrutural, segundo Almeida (2020), que repercutem em diferenças raciais também nas condições de trabalho, no perfil epidemiológico dos agravos à saúde, e nas práticas da Medicina do Trabalho e da saúde do trabalhador.

Com a abolição da escravatura no fim do século XIX e a vinda dos imigrantes europeus no início do século XX, o país inicia o seu primeiro grande salto

industrial. A Medicina de então evidenciava preocupação natural com as grandes epidemias, enquanto o modelo de desenvolvimento industrial era semelhante ao observado na Inglaterra muitos anos antes: fábricas primitivas, sem condições mínimas de higiene, empregando mão de obra barata, mulheres e crianças, em péssimas condições de trabalho. (FRIAS JÚNIOR, 1999)

Um dos primeiros dispositivos legais relativos à proteção do trabalho foi o Decreto nº 1.313, publicado em 1891, que tratava da proteção do trabalho de menores. Os trabalhadores adultos não eram abrangidos por este decreto. Em 1921, foi criada a Inspeção do Trabalho, circunscrita ao Rio de Janeiro e, em 1931, durante o governo Getúlio Vargas, foi instituído o Departamento Nacional do Trabalho, com a função de fiscalizar o cumprimento de leis sobre acidentes laborais, jornada, férias, organização sindical e trabalho de mulheres e menores. A obrigatoriedade de comunicação de acidentes dessa natureza à autoridade policial foi estabelecida por decreto, em 1934, pelo Departamento Nacional do Trabalho, que também previa a imposição de multas administrativas.

Na década de 1920, o médico higienista baiano, Afrânio Peixoto, considerado por alguns como pioneiro da Medicina do Trabalho no Brasil, já recomendava à classe patronal a adoção de “critérios racionais” para a seleção dos trabalhadores das fábricas e das oficinas e junto com outros colegas, lançou as bases nacionais da infortunística, setor de confluência de várias especialidades e voltado para o estudo das condições materiais de trabalho e das possibilidades do ambiente das máquinas constituir-se em fator de risco para a saúde dos personagens fabris. (BERTOLLI FILHO, 1992)

O crescimento das indústrias resultou no aumento do número de trabalhadores urbanos, o que, conseqüentemente, trouxe novas preocupações para o governo brasileiro. É nesse cenário que surge no país, em 1943, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que unificou toda a legislação trabalhista então existente no país e inseriu, de forma definitiva, os direitos trabalhistas na legislação brasileira.

Na década de 1940, também emergem as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS), organizadas pelas empresas. As primeiras comissões trouxeram bons resultados e incentivaram a realização de congressos sobre prevenção de acidentes. Os médicos passaram a se dedicar mais às doenças específicas dos trabalhadores, principalmente àquelas que atingiam um grupo maior na época, como era o caso da intoxicação por chumbo. A portaria do Ministério do Trabalho que criou estas comissões foi estruturada pela Associação Brasileira de Medicina do Trabalho (ABMT) e é considerada uma das medidas mais efetivas no contexto das ações para prevenção dos acidentes de trabalho. A ABMT foi fundada em 1944 por um grupo dos primeiros especialistas no campo da higiene e Medicina do Trabalho que trabalhavam no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

com o objetivo de discutir e divulgar assuntos referentes à Medicina do Trabalho destacando-se, entre as ações, a publicação de uma revista especializada, a *Revista Médica do Trabalho*. (ALMEIDA, A., 2008; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 2017)

A OIT possui uma representação no Brasil desde a década de 1950, com programas e atividades que refletem os objetivos da organização ao longo de sua história. (OIT, [201-?]) Em 1947 é adotada a Convenção nº 81, que estabelece que cada membro da organização deve ter um sistema de inspeção do trabalho nos estabelecimentos industriais e comerciais.

Do ponto de vista institucional, a marca mais característica da Saúde Ocupacional no Brasil se expressa na criação da Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), em 1966, devido à grande preocupação existente com os altos índices de acidentes e doenças do trabalho e que tinha como finalidade de promover estudos e avaliações do problema e apontar soluções que pudessem alterar esse quadro. (MENDES; WAISSMANN, 2013) No fim desta década surge, em 1968, a Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT) como uma importante ferramenta para atualização e troca de conhecimentos entre os médicos do trabalho. (MENDES; WAISSMANN, 2013)

Nos anos 1970, em plena época da Ditadura Militar, que se implementou o Milagre Econômico (alta taxa de crescimento econômico, às custas de uma superexploração da mão de obra trabalhadora), observou-se o crescimento acelerado do número de acidentes registrados pela Previdência Social associado ao grande aumento de valores e volume global das indenizações pagas. Com isso, o regime político do período determinou a implantação de providências legais, culminando com a publicação, em 1978, da Portaria nº 3.214 que aprovou as Normas Regulamentadoras (NR) do capítulo V da CLT, relativas à segurança e Medicina do Trabalho. Este capítulo inclui uma normatização detalhada das obrigações das empresas em relação à higiene, segurança e Medicina do Trabalho, servindo como orientação para organização e funcionamento dos serviços de Medicina do Trabalho. Estas normas continuam evoluindo e representando uma diretriz importante para empregadores e trabalhadores. (MORRONE, 1997)

Com os avanços da visão mais crítica da Medicina Preventiva e Social e da Saúde Pública, durante as décadas de 1960 e 1970, principalmente no âmbito da América Latina, ampliou-se o quadro interpretativo do processo saúde-doença, dando ênfase em relação ao trabalho. Essa perspectiva apresentou novas formas de intervir no mundo do trabalho, trazendo para a Saúde Pública práticas de atenção à saúde do trabalhador resultantes das propostas da Reforma Sanitária brasileira. Uma das novas incorporações é inserir o saber e o protagonismo do trabalhador como componente indispensável na melhoria do processo e das con-

dições de trabalho. Um outro componente é absorver o movimento sindical e as suas formas de luta e de organização nas questões de trabalho e saúde, numa perspectiva de transformação. Apresenta-se também, no campo teórico, com um novo paradigma, a incorporação de referenciais das Ciências Sociais, particularmente do pensamento marxista, dando nova visão à Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional. (LOURENÇO; LACAZ, 2013)

Assim, a partir dos anos 1980, as mudanças relacionadas ao processo de democratização, as atividades dos agentes de fiscalização do trabalho e a atuação dos sindicatos foram determinantes para evolução das diretrizes políticas governamentais e melhorias para a saúde do trabalhador.

Entre algumas conquistas das mudanças legislativas da época, destacam-se: o reconhecimento do trabalho no processo de adoecimento e morte dos trabalhadores, tanto de doenças profissionais “clássicas”, como intoxicação por chumbo, mercúrio e benzeno, quanto por “novas” doenças relacionadas ao trabalho, como as lesões por esforços repetitivos (LER) e as doenças mentais; reivindicações por políticas públicas e por um sistema de saúde capaz de sanar as necessidades de saúde dos trabalhadores e da população em geral; a conquista pelo estabelecimento de novas práticas sindicais em saúde por intermédio da ampliação do debate, circulação de informações, reformulação do trabalho das CIPAs, comissões de fábricas etc. (MENDES; DIAS, 1991)

Ações institucionais no âmbito da Saúde dos Trabalhadores a partir da Constituição de 1988 e de sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990, possibilitaram a criação de políticas públicas para a proteção do trabalhador, propiciando no futuro a criação dos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador (CEREST) e da Rede Nacional em Saúde do Trabalhador (RENAST).

No contexto da Reforma Sanitária no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) culminou, não só na garantia do direito à saúde, por meio da Constituição de 1988, mas também na consolidação da noção de saúde do trabalhador, por meio da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, no final de 1986. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1989) Além disso, a Lei Orgânica de Saúde, de 1990, também insere a saúde do trabalhador nas atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1990) Tais ações institucionais possibilitaram a criação de políticas públicas para a proteção do trabalhador, propiciando no futuro a criação dos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador (CEREST) e da Rede Nacional em Saúde do Trabalhador (RENAST).

A Medicina do Trabalho foi oficialmente reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina em 2003, através da resolução do Conselho Federal de Medicina, impulsionando mais ainda esta área.

## NA BAHIA

Para se falar no desenvolvimento da Medicina do Trabalho, deve-se considerar, a economia nacional e local. Partindo desse pressuposto, é fundamental observar o desdobramento da economia quanto a geração de trabalho, sua distribuição em determinadas áreas territoriais, vinculando-a com os respectivos ciclos econômicos que sucedem, a predominância de um conjunto de atividades produtivas que agregam e um grupo de produtos que aquela atividade proporciona.

Na Bahia, o processo de colonização portuguesa no século XVI iniciou com a exploração da madeira – pau-brasil –, seguido pelos ciclos da cana-de-açúcar, tabaco, gado, ouro e cacau, que marcaram a economia agroexportadora nesse período. A estrutura social e cultural determinante desses sistemas produtivos foi organizada por meio da extrema violência do estado escravocrata, que assujeitou primeiramente os índios, para se concentrar na escravidão das pessoas negras traficadas dos povos africanos (Guiné, Angola, Congo, Costa da Mina e Baía de Benin) e “importados” como animal de carga. (VERGER, 2002) Foi um período de crueldade que durou aproximadamente quatro séculos, o mais longo das Américas, estabelecido pela monarquia escravocrata portuguesa e seguida pelo regime da nobreza imperial e escravocrata brasileira após a independência, até a abolição de escravatura em 13 de maio de 1888.

Salvador, graças à produção da cana-de-açúcar, do tabaco, da atividade portuária e a sua condição de capital, se tornou uma cidade muito rica, até o declínio econômico da Bahia iniciado em 1680 e acentuada pela transferência da capital do Brasil para o Rio de Janeiro. (MAURO; SOUZA, 1997) Os ramos da inserção dos trabalhadores escravizados na Bahia ocorriam em todas as atividades produtivas e de serviços, porém se concentravam nas plantações de cana e nos engenhos, no tabaco e nas atividades de mineração. As condições hediondas de trabalho dos escravos submetidos ao cativeiro eram gerenciadas por meio de castigos, suplícios, mutilações e não raramente a morte. Tratava-se da redução do ser humano à condição de animal de carga transformado em mercadoria, cuja propriedade se configurava como patrimônio sob o qual o escravocrata tinha o direito sobre a vida, a reprodução e organização familiar, a imposição dos valores culturais, linguísticos e religiosos, assim como sobre a punição de morte do escravo e dos seus descendentes.

A esperança de vida do trabalhador escravizado era de aproximadamente sete anos, segundo Mauro e Souza (1997). Este dado aproximado reflete à violência na saúde imposta às populações de pessoas negras escravizadas, associadas às modalidades de organização de assistência à saúde oriundas muitas vezes dos manuais de agronomia e de veterinária, assemelhadas ao controle da saúde dos

animais principalmente nas plantações de açúcar e nos engenhos. Foram, portanto, aproximadamente 400 anos de modalidades de práticas de saúde do trabalho orientados por uma espécie de “Medicina do Trabalho” de natureza agro veterinária. (PENA; GOMES, 2011)

Nos séculos XVIII e XIX, crises se instalam na Bahia com a transferência do centro econômico e político do país para a região Sudeste. A oligarquia governante promoveu a industrialização nas franjas das raízes agrícolas, a partir, principalmente, da tradição algodoeira e cultura habituada ao seu cultivo. Tal realidade – facilidade de acesso à matéria-prima – associada à disponibilidade de mão de obra local, favoreceu o desenvolvimento da indústria têxtil na Bahia no século XIX, chamada por Bueno (2008, p. 80) de “[...] região-mãe da indústria têxtil no Brasil”.

Nesse ramo, destaca-se a fábrica Todos os Santos, fundada em 1844 na cidade de Valença, na Bahia e incorporada à Companhia Valença Industrial em 1887, configurando-se como a primeira indústria têxtil de relevância nacional, sendo uma referência no Brasil imperial, e que existe até os dias atuais. (BUENO, 2008) Com mão de obra predominantemente feminina, ainda no século XIX, as condições do ambiente de trabalho não eram salubres e a assistência da companhia, quando disponível, se limitava ao atendimento por enfermeiro(a) em caso de acidentes. O ambiente fabril era quente e pouco arejado, o espaço era limitado e inflexível e os ruídos eram intensos. (PAIXÃO, 2006)

O predomínio da indústria têxtil na Bahia persistiu no início do século XX, a exemplo da Companhia União Fabril da Bahia, que chegou a empregar 1.500 operários nas seis unidades de produção de tecidos em Salvador. (SCHWARCZ; STARLING, 2020) Neste ramo industrial, o principal risco ocupacional era o ruído e, conseqüentemente, uma das principais doenças relacionadas ao trabalho era a surdez profissional. (PENA, 1990)

Outro destaque na indústria têxtil foi a Companhia Empório Industrial do Norte, fundada em 1891 no bairro da Boa Viagem, em Salvador, por Luiz Tarquínio e parceiros. Uma indústria moderna para a época, de inspiração britânica. Tarquínio foi pioneiro na história pela construção de uma vila operária, bem estruturada, voltada para o abrigo em bem-estar dos operários, com acesso à farmácia, escola e lazer. (BUENO, 2008) Com o desenvolvimento industrial nesses dois locais, Salvador e Valença, tem-se no setor têxtil o início insipiente da industrialização na Bahia.

À medida que a indústria têxtil se estabeleceu na Bahia, novas unidades fabris surgiram também na cidade de Salvador no início do século XX. Além da tecelagem, outras áreas conquistaram o seu espaço, como a da mecânica, do vestuário, dos calçados do fumo/charutos, chapelarias, velas, dentre outras, as quais abrigavam um grande número de operários com aproximadamente 15 importantes

sindicados. (BATISTA, 2020; SCHWARCZ; STARLING, 2020) No entanto, é previsível acreditar que as condições de trabalho não eram boas e que muitos eram os acidentes de trabalho. Foi nesse cenário que algumas ideias sobre a relação entre saúde e ocupação começaram a se difundir no Brasil e na Bahia, principalmente sobre a influência das diretrizes da OIT, criada em 1919.

Nessa perspectiva, teve início, em 1925, a Reforma Sanitária na Bahia sob a responsabilidade da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, criada pelo inspetor Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Familiarizado com o modelo da higiene industrial dos Estados Unidos, Barros Barreto desenvolveu esse serviço durante aquela reforma. (BATISTA, 2020) Pautado na inspeção e no licenciamento dos estabelecimentos, tomava medidas preventivas e corretivas no ambiente fabril. O cenário era de muitas irregularidades e fora do padrão de higiene ideal da época. Além disso, muito se preocupava com a transmissão de doenças infectocontagiosas entre os operários, como a tuberculose e a sífilis, por exemplo. Por isso, trabalhavam no afastamento daqueles que as contraísse, além de promover a imunização contra a varíola, grande preocupação naquele momento.

Outro serviço oferecido aos trabalhadores era o de socorros e urgência, focado no auxílio inicial aos operários das fábricas e aos trabalhadores informais, em caso de acidentes no trabalho e atropelamentos, onde o atendimento era de forma gratuita para aqueles considerados realmente pobres. Além dos serviços do governo, existiam também as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) que eram fundos organizados e gerenciados pelas empresas e representantes dos trabalhadores ferroviários para auxílio próprio em caso de necessidade de assistência médica, aposentadoria e pensão. Apesar de, muitas vezes, esses serviços atrelarem a saúde do trabalhador à sua produtividade e ao ganho de lucro para a economia, a ocorrência deles foi um grande passo para futuros avanços e conquistas referentes à saúde ocupacional e à Medicina do Trabalho. (BATISTA, 2020)

Vale ressaltar também nesse período, as contribuições nacionais de Afrânio Peixoto, sobretudo com a publicação de estudos nesta área, dentre os quais se destaca o livro *Medicina legal dos acidentes do trabalho e das doenças profissionais*, de 1926. Segundo Almeida (2016), esta obra fala sobre a necessidade de expansão da abordagem sobre as doenças relacionadas ao trabalho, saindo da restrição das doenças ligadas diretamente ao local de trabalho e partindo para relações causais mais amplas, com o trabalho sendo um facilitador, um fator de risco, além de frisar a necessidade de incorporação das mais diversas categorias de trabalho em estudos. Alguns exemplos citados são doenças infecciosas, como a tuberculose e a tísica de mineiros e de lavadeiras. Além disso, Afrânio também foi deputado federal na Bahia, onde apresentou estudos com a temática dos acidentes de trabalho. (FONSECA, [201-?])

A primeira metade do século XX foi marcada por uma estagnação econômica na Bahia. Não havia um produto ou setor de destaque, tampouco investimento estatal para que se pudesse desenvolver a economia baiana com o eixo econômico do país deslocado para os estados do Sul. (VIANA FILHO, 1984) Foi nesse contexto que, em 1939, durante a perfuração de um poço no Lobato, na Bahia, descobriram a existência de petróleo. Mas foi em 1941, em Candeias, que a primeira exploração comercial do Brasil teve início. Tal descoberta foi um marco para a região do Recôncavo Baiano e para a Bahia, que viu nesta atividade uma oportunidade de desenvolvimento econômico. Na década de 1950 foi criada a Petrobrás e foi implantada a Refinaria Landulfo Alves – a primeira do país – em São Francisco do Conde. (O PRIMEIRO..., 2019)

A refinaria pode ser considerada o marco da introdução de Medicina e segurança do trabalho na Bahia em conformidade com a racionalidade industrial nos moldes do fordismo e do taylorismo em voga na época. Campos (2005, p. 18) considera que esse processo lançou “[...] as bases da industrialização moderna do estado”. Aos poucos, o setor petrolífero foi se desenvolvendo e fomentando o surgimento de indústrias relacionadas aos seus derivados como fonte de matéria-prima. Este grande empreendimento passou a concentrar mão de obra e logo começou a atuação de sindicatos, na luta pelos direitos do trabalhador, já que se tratava de um setor mais especializado e que lidava com diversidade de produtos potencialmente inflamáveis e relacionados à grande número de agravos à saúde, incluindo agentes cancerígenos.

No entanto, segundo Novaes (2000), mesmo no final da década de 1980 ainda não havia um serviço desenvolvido de higiene industrial e de saúde ocupacional na maioria das unidades da Petrobrás. Isso permite inferir que da década de 1950 à década de 1980, as preocupações com a saúde do trabalhador ainda não eram prioridade nesse cenário. Em 1975, em acordo com os sindicatos, a Petrobrás criou, com fins assistenciais, um benefício suplementar chamado Assistência Multidisciplinar de Saúde (AMS), que disponibiliza serviços de saúde credenciados para trabalhadores e dependentes. (SOARES, 2013)

Nas décadas de 1940 e 1950 muito se discutiu sobre a necessidade do desenvolvimento industrial no Nordeste, o que já era uma tendência nos estados do Sul do Brasil. Havia uma disparidade regional, na qual o Nordeste estava em atraso. Com inspiração em algumas teorias sobre o desenvolvimento de polos regionais de industrialização, foi desenvolvido o projeto do Centro Industrial de Aratu (CIA). (VIANA FILHO, 1984) Implantado em 1967, na região metropolitana de Salvador, o CIA foi a materialização da infraestrutura necessária para o estabelecimento de indústrias na região. Os subsídios estatais, por meio dos incentivos da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), associados à disponibilidade de recursos



– extração e refino do petróleo, porto de Aratu, energia, estradas, matérias-primas e território –, atraíram indústrias de diversos setores para o CIA, como a metalurgia, a química e a mecânica, por exemplo. (SILVA, 2008) Além do desenvolvimento econômico, o CIA proporcionou um desenvolvimento urbano também para a região, que passou a receber mão de obra de diversas regiões.

Consolidando a industrialização no Recôncavo, o CIA, em 1979, empregava em torno de 20 mil trabalhadores. (SILVA, 2008) Este marco econômico cria um cenário propício para o desenvolvimento de lutas e preocupações referentes à saúde do trabalhador e à Medicina do Trabalho, assim como ocorreu na revolução industrial em alguns lugares do Brasil e do mundo. No entanto, na Bahia o processo industrial aconteceu predominantemente em polos regionais. Além do CIA e, mais adiante, do Polo Industrial de Camaçari (1978), outros centros e distritos industriais menores foram estimulados no interior do estado, como em Feira de Santana, por exemplo. (VIANA FILHO, 1984) Tal evento, apesar de aliviar a concentração populacional na capital, também dispersou as ações de desenvolvimento da Saúde Ocupacional. Com isso, quase não há registros sobre uma forte atuação desses serviços nessa época.

Nesse cenário de industrialização na Bahia foi criado o Serviço Social da Indústria (SESI), instituição privada com apoio estatal e parceria com as indústrias, voltada para o bem-estar social do trabalhador da indústria. O Departamento Regional do SESI na Bahia mantinha no CIA centros de saúde, núcleo habitacional e centro de treinamento, contribuindo para uma assistência ao trabalhador. Além do CIA, o SESI ergueu várias unidades pelo estado da Bahia (SILVA, 2008), difundindo o modelo de organização da Medicina do Trabalho e da segurança industrial no estado em conformidade com o que estabelecia a CLT e as NR de Segurança e Medicina do Trabalho definidas pela Portaria nº 3.214, de 1978. (BRASIL, 1978)

Até então, na Bahia, como anteriormente relatado, o que tinha era uma economia movimentada em grande parte pela agricultura e o processo de industrialização começando, de uma forma ainda tímida, na década de 1950 e 1960. Através do crescimento na indústria do Brasil no decorrer dos anos 1970 e também pelo grande incentivo por parte do estado da Bahia, instalou-se a construção do segundo polo petroquímico no país. (FARIA, 1995) Nesta década, portanto se consolida a industrialização na Bahia. (GUERRA; TEIXEIRA, 2000)

Falar da expansão da Medicina do Trabalho na Bahia é falar fortemente do Complexo Petroquímico de Camaçari. Localizado na região metropolitana de Salvador desde 1978, o polo petroquímico é um conjunto de empresas privadas, do ramo químico e petroquímico, incentivadas, articuladas e subsidiadas às suas instalações no solo baiano por ações estatais, com impacto enorme para economia

e desenvolvimento social em geral e, particularmente, para a nossa área de interesse, para a Medicina do Trabalho e para a saúde dos trabalhadores.

O Polo Petroquímico de Camaçari, não só fez a economia do estado alavancar, mas também foi um forte gerador de empregos, absorvendo, no seu apogeu, 25 mil trabalhadores e trabalhadoras. (FRANCO, 1991) O polo movimentava a economia direta e indiretamente, já que garantia a renda salarial dos colaboradores diretos, bem como da mão de obra indireta, o que provocou o aumento do consumo de bens e serviços, fazendo a economia se desenvolver e expandir em ciclos. (SILVA, 2008) Todavia, este fenômeno intenso, abrupto quanto a instalação e funcionamento de plantas industriais, fez a saúde do trabalhador se tornar, quase de imediato, um problema de saúde pública no estado. No país, já era uma calamidade pois, não obstante a existência de uma subnotificação vigorosa de registro de agravos a saúde do trabalhador, registrava-se mais de 1 milhão de casos de acidente de trabalho por ano, com média 3.200 acidentes e 13 óbitos diariamente. (PENA; BAPTISTA, 2011) O Brasil, em 1970, foi ao mesmo tempo campeão mundial de futebol e de número de acidentes do trabalho.

De acordo com Franco (1991), o coeficiente de frequência (CF) dos acidentes de trabalho no Polo Petroquímico de Camaçari em 1987 era de 42,00 para a planta industrial química e CF de 37,14 para a planta industrial petroquímica, ultrapassando dessa maneira, o CF de 20,4 de risco médio estabelecido pela legislação. As doenças ocupacionais mais comuns eram surdez profissional, leucopenia, lesões do sistema nervoso, como também comprometimentos musculoesqueléticos, lesões ósseas e articulares, distúrbios psiquiátricos e doenças respiratórias na década de 1980. (FRANCO, 1991)

De modo geral constatou-se que as condições de trabalho são precárias, sem sanitários, bebedouros e refeitórios. A jornada de trabalho excessiva e sem pausas. A poluição industrial contamina ao mesmo tempo o ambiente de trabalho e o ambiente em geral, expondo os trabalhadores a agentes nocivos. Parte das empresas não cumpre a obrigatoriedade de fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) aos trabalhadores expostos a riscos ocupacionais. Falta proteção individual e ambiental contra o Raio-X e outras radiações, tanto aos serviços de saúde como nas aplicações industriais. (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1988)

Estas eram as desumanas condições de trabalho, relatadas na primeira Conferência de Saúde dos Trabalhadores na Bahia, em 1988, nas quais, não só no polo petroquímico, mas em todos os setores, os trabalhadores baianos corriam sérios riscos ocupacionais.

Nesta época, a Medicina do Trabalho era precária, pois não havia ações, por parte das empresas, de prevenção e de cuidado com as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. (PENA; BAPTISTA, 2011) Além disso, havia poucos médicos do trabalho, e pouquíssimos, aparentemente, estavam aptos profissional e eticamente para exercer a função, pelo fato de que raríssimos eram os diagnósticos correlacionados com doenças ocupacionais, muito menos às medidas de caráter preventivo. De acordo com Pena (1990), havia em média somente 17 diagnósticos de doenças do trabalho por ano, o que era incompatível diante das precárias condições de trabalho, das escassas medidas de segurança e de Medicina do Trabalho e pelo importante contingente de trabalhadores labutando em tais condições. Com o que foi discutido na primeira Conferência de Saúde dos Trabalhadores na Bahia, em 1988, pode-se ter uma ideia da dura realidade, as quais os trabalhadores estavam expostos, bem como a situação e atuação da Medicina do Trabalho no estado e no país:

A saúde do trabalhador está diretamente ligada à saúde da população como um todo, e nunca foi prioridade no Brasil. No âmbito da assistência à saúde observou-se que o trabalhador urbano, e principalmente o rural, tem grandes dificuldades de acesso aos serviços. Estes serviços, por sua vez inexistentes ainda em várias regiões e municípios do Estado, funcionam de forma desordenada e com duplicidade de ações; sem fiscalização quanto ao seu efetivo funcionamento; com deficiência quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde, que com frequência são descompromissados com as mudanças ou melhorias da assistência à saúde; com persistência das práticas clientelistas. (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1988)

Por causa desse cenário caótico, que representava grande ameaça a saúde dos trabalhadores, houve a necessidade do fortalecimento social, através de instituições e profissionais que abraçassem a causa, com o objetivo de proteger e prevenir das doenças ocupacionais, bem como garantir e prestar assistência à saúde, visto que nessa época ainda não existia o SUS e sim o ineficaz sistema previdenciário. Diante de tudo isso, ainda havia um agravante de causa e efeito: o país estava em um regime de Ditadura Militar que fortalecia a lacuna dos problemas apontados e também enfraquecia as respostas que os movimentos sociais, principalmente o sindical, poderiam dar. Em 1974, a Ditadura Militar começa a se fragilizar, após a derrota nas eleições parlamentares. No entanto, somente nos anos de 1978-1979, foi que realmente começaram a ocorrer as mudanças mais significativas no país, quando os movimentos sindicais são retomados com vivacidade, iniciando-se pelo ABC paulista (cidades Santo André, São Bernardo e São Caetano), por meio

das greves nas indústrias automobilísticas e, posteriormente, se espalham por todo o país. (LACAZ, 1997)

Na Bahia foram principalmente os trabalhadores do polo que lideraram de início as lutas específicas contra a precariedade das condições de trabalho e a negligência do processo de diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças ocupacionais e acidentes e a falta de acesso aos direitos trabalhista e previdenciários. Com a implantação do Sindiquímica (atual Sindicato dos Químicos, Petroquímicos e Petroleiros da Bahia), com uma diretoria mais combativa, aconteceu o rompimento do modelo de assistencialismo clínico, que até então era comum nos sindicatos, para uma prática de priorizar os agravos relacionados ao trabalho e as medidas necessárias para reduzi-los e conscientizar os trabalhadores sobre os direitos à saúde. (CUT, 1987 apud PENA; BAPTISTA, 2011)

O Sindicato dos Trabalhadores de Água e Esgoto (Sindae), entre outros sindicatos, também teve sua relevância nesta luta, já que através dele, foi estruturado um setor de saúde com uma nova cara, com médicos do trabalho, bem como possibilitava a participação dos demais trabalhadores da área por meio de discussões e conscientizações sobre as condições de saúde daquela categoria profissional. Em 1985, graças ao crescimento do movimento social, fundou-se a Central Única dos Trabalhadores (CUT), com uma ideologia totalmente diferente e inovadora das que já existiam. Em 1987, a CUT organizou, o I Encontro Estadual de Saúde do Trabalhador, que possibilitou a realização da I Conferência Estadual de Saúde dos Trabalhadores. (PENA; BAPTISTA 2011) Dentro da CUT foi implementada a Comissão de Saúde da CUT, que mantinha o idealismo de melhorias das condições dos trabalhadores e aglutinavam sindicalistas e técnicos militantes à causa.

Ao longo dos anos, a partir da atuação do movimento sindical e partidário, do apoio das universidades, do aperfeiçoamento das instituições estatais, começa a ter um avanço crescente na área, possibilitando progressivamente a implementação de um novo modelo de assistência e vigilância à saúde do trabalhador, bem diferente do que se tinha antes e caminhando para abarcar os princípios da VIII Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ambas ocorridas em 1986. Assim, houve enormes transformações, com envoltimentos institucionais diversos, como o da Secretaria de Saúde do Estado, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), da Delegacia Regional do Trabalho (DRT), da Fundação Jorge Duprat e Figueiredo (Fundacentro) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA). (BAHIA, 1987b, 1988 apud PENA; BAPTISTA, 2011)

Outro grande marco no campo da Saúde do Trabalhador na Bahia e no Brasil foi a inauguração do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador (CESAT), em dezembro de 1988. A criação do CESAT é uma resposta ampla e progressista da área institu-

cional ao descalabro e abandono em que se encontrava por décadas a saúde de um segmento populacional dos mais representativos, que é o trabalhador e a trabalhadora, ou a população economicamente ativa, ou os dois terços da população baiana. O CESAT deve ser entendido como fruto da vitória contra a ditadura, da redemocratização do país, do fortalecimento do movimento sindical e partidário, dos governos populares, dos engajamentos de profissionais da área de saúde e da universidade.

Em meio a conjuntura e atores sociais descritos no parágrafo anterior, em 1987 o Conselho Estadual de Saúde realizou o Programa de Saúde do Trabalhador (PROSAT), formado por diversas instituições, que teve a incumbência de desenvolver um programa de ação em saúde do trabalhador que levou à elaboração do projeto do Centro Técnico de Referência em Saúde do Trabalhador (CTR), cujo objetivo era atender ao clamor dos trabalhadores que há tanto tempo sofriam um verdadeiro descaso. E foi assim que surgiu a proposta que seria voltada à saúde do trabalhador, sendo protótipo para a formulação do CESAT.

Inicialmente foi cedido um espaço modesto de duas salas no ambulatório do INAMPS, localizado no Posto de Assistência Médica (PAM Roma), para o funcionamento do CTR. Com o início de suas atividades, não demorou muito para se observar o notável destaque de suas práticas, com atendimentos aos trabalhadores, realização donexo causal entre a doença e o trabalho, com emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), com garantias de acesso aos direitos trabalhistas e previdenciários, com fornecimento de apoio em toxicologia e em serviço social, com participação de médicos residentes de Medicina do Trabalho. Tais ações ganharam destaque tão notável, que em pouco tempo o espaço cedido ao CTR passou para um andar inteiro no PAM Roma.

Em maio de 1988 foi realizada a primeira Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador na Bahia (CONEST), no Centro de Convenções da Bahia, com a finalidade de definir propostas para a saúde do trabalhador na Bahia. Nessa convenção foi aprovado a implementação em definitivo do CTR, devido ao grande impacto causado pelas suas práticas e satisfação dos trabalhadores, porém com a mudança de seu nome para evitar conflitos políticos, sendo então definido para Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador (CESAT).

Finalmente é destinada uma área para instalação de uma sede própria do CESAT no bairro Canela, após ser reformado e equipado pela Secretaria de Saúde em colaboração com uma instituição italiana, Associação para a Solidariedade Entre os Povos (AISPO). O Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador Salvador Allende recebeu esse nome em homenagem ao povo chileno que passava um período conturbado de Regime Militar, sendo então representado pela figura do médico chileno Salvador Allende, que tinha ideais democráticos e coadunava com o momento brasileiro de redemocratização.

Após a inauguração do CESAT, houve muitos desafios e resistências, todos encarados sempre com coragem, muita seriedade e responsabilidade, uma vez em que essas atitudes teriam um impacto direto nos trabalhadores. O CESAT sempre teve como objetivo o benefício da coletividade, proporcionar melhorias a saúde dos trabalhadores, um ambiente de trabalho mais saudável, uma valorização do trabalho e uma melhor qualidade de vida, não se detendo somente em realizar diagnóstico de doenças ocupacionais e seunexo, mas realizar um trabalho amplo em vários campos da saúde do trabalhador, capacitação, com publicações de manuais, investigações de acidentes de trabalho com óbito, inspeções com recomendações de melhorias do processo de trabalho etc.

O primeiro desafio enfrentado foi o risco de intoxicação pelo benzeno, que estava gerando grande alarde da classe trabalhadora e da sociedade, alcançando destaque nacional, devido ao número crescente de casos e a morte de dois trabalhadores do Polo Petroquímico de Camaçari. Coube ao CESAT a elaboração de definições de ações de vigilância à exposição ao benzeno, ações no ambiente de trabalho, criação de um banco de dados sobre os trabalhadores expostos ao benzeno, participação da comissão do benzeno e contribuição na publicação do Acordo Nacional do Benzeno.

Outro desafio que merece destaque foi o amianto, no qual o CESAT desempenhou papel primordial para os trabalhadores. Realizou o primeiro seminário sobre o amianto na Bahia, em parceria com o Ministério Público e Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto, no qual foi criada a Associação Baiana dos Expostos ao Amianto e exigência da substituição do amianto por outra matéria-prima pela fábrica Eternit de Salvador.

A vigilância dos ambientes de trabalho nas indústrias de calçados na Bahia também foi de grande importância. Foram realizadas diversas inspeções em unidades fabris em 25 municípios, com elaboração de mapeamento dos riscos ocupacionais, análise do processo produtivo e matérias-primas utilizadas em cada processo, com identificação de exposição a colas e solventes, repetitividade de tarefas, ritmo intenso, posturas inadequadas, ruído, risco com acidente em máquinas e pressão psíquica por produtividade. Como resultado, foram elaboradas recomendações pertinentes para melhoria da segurança e saúde dos trabalhadores em cada fábrica.

Com grandes trabalhos, crescente destaque e protagonismo nacional, o CESAT recebeu visita de inúmeros técnicos de diversos programas de Saúde do Trabalhador de todo o país, por diversos anos, para que pudessem aprender sobre as práticas empregadas pelo serviço e difundir para outros locais.

Atualmente os desafios continuam, as lutas estão longe de acabar, mas o compromisso com os trabalhadores e a sociedade são mantidos.

Compromisso social semelhante foi a instalação do Serviço de Saúde Ocupacional (SESAO) no Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos (COM-HUPES) em 2002, embora houvesse uma lacuna de mais de 50 anos, já que o hospital foi inaugurado em novembro de 1948. Localizado no Ambulatório Magalhães Neto, tinha uma proposta inicial bem ousada de atender todos os funcionários que atuavam no HUPES-UFBA, independente do vínculo empregatício, com direito a vigilância ao ambiente laboral e práticas de prevenção e promoção à saúde. Mas para a grande surpresa, este serviço não se restringiu somente a essa proposta, atendendo a outros públicos fora dos muros do complexo hospitalar.

Um dos grandes marcos das atividades do serviço foi o atendimento às marisqueiras e pescadores, trabalhadores completamente desassistidos pelos órgãos estatais até a intervenção realizada pelo SESAO. Este trabalho teve o intuito de identificar os riscos a que esses trabalhadores estavam submetidos, diagnosticar agravos relacionados à prática laboral, dar visibilidade aos dramas sociais, correlacionar a contaminação do mangue e seu impacto na saúde dessas trabalhadoras. Com o apoio do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), foi montada uma estrutura para o atendimento com equipamentos para avaliação diagnóstica, incluindo ultrassonografia e eletroneuromiografia, mobiliário e equipe multidisciplinar. Tal ação resultou em condutas preventivas apropriadas a esses grupos, tratamento, reabilitação dos lesionados por esforços repetitivos, estabelecimento denexo causal e suporte para garantir os direitos junto a previdência social dos doentes. Mais de mil marisqueiras foram atendidas dignamente no SESAO e este projeto teve repercussão nacional, abrindo diversas frentes de trabalho, capacitando as lideranças locais e regionais, publicando manuais, cartilhas, livro, dissertações de mestrado, teses de doutorado, artigos, vídeos etc.

Outro projeto importante foi iniciado, desta vez destinado aos trabalhadores do telemarketing, porém, infelizmente, esta atividade foi interrompida em virtude da pandemia de covid-19. É parte de um grande projeto que estuda o futuro do trabalho, coordenado por um grupo de professores de Economia da UFBA, em parceria com o Ministério Público Federal do Trabalho.

Em 2015, durante a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o SESAO teve seu nome e proposta modificados e passou a se destinar apenas ao atendimento de trabalhadores contratados por esta instituição e se denominar de Serviço Ocupacional de Saúde do Trabalhador (SOST).

## **OUTRAS CATEGORIAS DE TRABALHO E A SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE**

A precarização do trabalho caracteriza-se pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, a legalização dos trabalhos temporários e da infor-

malização do trabalho. Como consequência, podem ser observados o aumento do número de trabalhadores autônomos e subempregados e a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência coletiva e/ou individual dos sujeitos sociais. A terceirização, no contexto da precarização, tem sido acompanhada de práticas de intensificação do trabalho e/ou aumento da jornada de trabalho, com acúmulo de funções, maior exposição a fatores de riscos para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego. Tal contexto está associado à exclusão social e à deterioração das condições de saúde. (BRASIL, 2001)

O trabalho informal é um processo que vem se concretizando ao longo dos anos, em meio às crises econômicas, com aumento do desemprego, ineficácia de políticas públicas e possuem características específicas, como a falta de carteira assinada, direitos trabalhistas previstos em lei, auxílios de segurança social, como o auxílio-maternidade, auxílio-doença, entre outros. Nesta modalidade se incluem empresas que operam às margens das leis trabalhistas vigentes, com subcontratação de mão de obra, prática ilegal de trabalho e produção familiar. Este tipo de atividade pode ter repercussões drásticas a esses trabalhadores, pelo fato de não conhecerem os riscos que estão associados ao seu processo de trabalho, ausência de medidas de prevenção ou controle de riscos, ambientes insalubres, ausência de fiscalização, não acompanhamento de sua condição de saúde e a falta de respaldo legal por direitos previdenciários. Podendo-se chegar à premissa de que são excluídos da sociedade por todas as perdas de direitos e condições inadequadas de trabalho e inclusive pela ausência da Medicina do Trabalho para estas pessoas.

Esta situação foi bem exemplificada no trabalho realizado por Marcela Andrade Rios em 2013 no município de Jequié (BA), onde se levantou 434 trabalhadores do comércio informal, em que 140 tinham sofrido no mínimo um acidente de trabalho nos últimos 12 meses, condição essa associada à grande precariedade de trabalho e falta de medidas preventivas. (RIOS; NERY, 2015)

Outra categoria é a dos trabalhadores do campo. No Brasil, eles estão inseridos em distintos processos de trabalho: desde a produção familiar em pequenas propriedades e o extrativismo, até grandes empreendimentos agroindustriais que se multiplicam em diferentes regiões do país. Tradicionalmente, a atividade rural é caracterizada por relações de trabalho à margem das leis brasileiras, não raro com a utilização de mão de obra escrava e, frequentemente, do trabalho de crianças e adolescentes. A contratação de mão de obra temporária para os períodos da colheita gera o fenômeno dos trabalhadores boias-frias, que vivem na periferia das cidades de médio porte e aproximam os problemas dos trabalhadores rurais aos dos urbanos. Por outro lado, questões próprias do campo da saúde do trabalhador,



como os acidentes de trabalho, conectam-se intrinsecamente com problemas vividos hoje pela sociedade brasileira nos grandes centros urbanos. (BRASIL, 2001)

## O FUTURO

O trabalho, enquanto fator determinante do desenvolvimento humano, tem representado um papel de grande importância na história da humanidade. (SOUSA-UVA; SERRANHEIRA, 2013) A Medicina do Trabalho no decorrer de todos esses anos teve vários avanços, seja do ponto de vista do saber com diversos estudos científicos, trabalhos e tratados sobre as patologias provenientes das práticas laborais ou do ponto de vista dos direitos adquiridos e ampliados pelos trabalhadores quanto as medidas de prevenção e cuidados da sua saúde. Mas, contraditoriamente, todos esses avanços não são empregados igualmente a todos os trabalhadores, observando-se ainda situações de condições precárias de trabalho e saúde comparadas antes mesmo da época de Ramazzini, em 1700.

O futuro da Medicina do Trabalho envolve um olhar mais abrangente das relações de trabalho e saúde/doença indo além dos agentes causadores de doença e acidentes e buscando aproximação ainda maior com outras áreas incluindo Sociologia e Psicologia do Trabalho. O processo de evolução deve estar continuamente em busca de melhores condições de trabalho incluindo a aplicação dos novos conhecimentos científicos; adaptação às mudanças trazidas pelos avanços tecnológicos (tanto nos processos produtivos em geral, quando na prática médica) e novas e complexas formas de organização do trabalho (como o *home office*, por exemplo); flexibilidade frente às mudanças econômicas e crises sanitárias etc. Vale destacar a importância de identificar as complexas mudanças necessárias frente ao envelhecimento da população trabalhadora e desenvolver ações para preservação da saúde mental.

## AS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA BAHIA

Uma forma de evidenciar a consolidação desse campo na Bahia, após percorrer longos caminhos e desafios, é trazer os estudos e as pesquisas científicas, que são grandes aliados históricos na difusão dos conhecimentos sobre a Medicina do Trabalho e a saúde do trabalhador no estado. Componentes essenciais da clínica, da Epidemiologia, da toxicologia, da higiene do trabalho, da ergonomia e da vigilância da saúde do trabalhador, são capazes de detectar padrões de agravos de determinada ocupação e em determinada localidade, bem como de avaliar os

ambientes de trabalho e as exposições ocupacionais mais prevalentes no estado. Nessa área de estudos, na Bahia se estruturou algumas instituições de ensino e de pesquisa que trouxeram importantes contribuições para a formação e pesquisa nesse campo. As principais instituições, suas ações, períodos de atuação, temáticas estudadas e alguns nomes importantes nessa produção de conhecimento são apresentadas e descritas no Quadro 1 a seguir, com destaques para: Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS-UFBA); CESAT; Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA); Ministério do Trabalho (extinto na atualidade); e Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

**Quadro 1** – Principais ações institucionais e pesquisas realizadas na Bahia envolvendo a Medicina do Trabalho e o campo da Saúde do Trabalhador entre os anos 1980 e 2010

AÇÕES INSTITUCIONAIS		
Instituição	Descrição/período de atividade/ações	Coordenação/estudos/linhas de pesquisa/autores
DMPS/Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)	Residência em Medicina Preventiva e Social com área de concentração em Saúde Ocupacional (1979 até 2003). Programa de Residência em Medicina do Trabalho (2004-2021)	Coordenador prof. Ademário Spínola, período 1979-1988 Coordenador: Marco Rêgo, período 1989-1993 Coordenador prof. Eduardo Borges dos Reis, período 1999-2007 e 2013-2021 Coordenadora profa. Rita Fernandes, período 2007-2013
CESAT – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia	Início das ações em 1986 com a criação do ambulatório de doenças ocupacionais no INAMPS. Criado em 1988 com o nome de Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador. Exemplo de ações mais relevantes: - Implantou o primeiro ambulatório de diagnóstico de doenças do trabalho no serviço público de saúde da Bahia que serviu de referência para construção de ações de atenção à saúde do trabalhador na rede do SUS; - Constituiu e organizou a Vigilância em Saúde do Trabalhador na Bahia (VISAT); - Promoveu a realização de estudos epidemiológicos e em diversas áreas relacionadas à saúde do trabalhador e em diversas áreas da saúde do trabalhador;	Coordenadores: Coordenadores do CESAT de 1988 a 2010; Paulo G. L. Pena; Mauro Korn; Marco Antônio Rêgo; Leticia C.C. Nobre.

AÇÕES INSTITUCIONAIS		
CESAT – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia	<p>– Atuou na formação e capacitação de profissionais de saúde para a saúde do trabalhador, a exemplo da Residência em Medicina do Trabalho, cursos diversos de especialização e capacitação em saúde do trabalhador, dentre outras atividades educativas;</p> <p>– Organizou as Conferências em Saúde do Trabalhador na Bahia e diversas ações no âmbito da educação em saúde.</p>	<p>Coordenadores:</p> <p>Coordenadores do CESAT de 1988 a 2010; Paulo G. L. Pena; Mauro Korn; Marco Antônio Rêgo; Leticia C.C. Nobre.</p>
ISC-UFBA	<p>Criado em 1994</p> <p>Unidade autônoma de ensino, pesquisa e extensão</p> <p>Produção de conhecimento científico e tecnológico nos eixos da saúde coletiva, sendo eles: Epidemiologia, Planificação e Gestão e Ciências Sociais em Saúde.</p> <p>Programas de Pós-graduação, Residência Multiprofissional, mestrado e doutorado</p>	<p>Algumas linhas de pesquisa:</p> <p>Leticia C. C. Nobre – Saúde do trabalhador, vigilância à saúde, doenças e acidentes relacionados ao trabalho, legislação, direito à saúde e Sistema Único de Saúde.</p> <p>Mônica A. G. Lima – Saúde coletiva, saúde do trabalhador, prevenção da incapacidade prolongada para o trabalho.</p> <p>Rita de Cássia P. Fernandes – Distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, acidentes de trabalho, vigilância em saúde do trabalhador, e hipertensão arterial e trabalho.</p> <p>Marco Antônio Vasconcelos Rêgo – Epidemiologia do Câncer e Epidemiologia Ocupacional, com interesse pelos riscos químicos.</p>
Programa Integrado de Saúde Ambiental e do Trabalhador (PISAT-UFBA)	<p>Programa integrado do ISC, foi criado em 1995, com o intuito de melhorar as condições de trabalho, saúde e segurança dos trabalhadores no Brasil, bem como produzir conhecimento sobre problemas e situações de interesse para as políticas e ações nesta temática.</p>	<p>Trabalhos:</p> <p>Estimativa do impacto e custos diretos e indiretos com acidentes de trabalho no Brasil</p> <p>Projeto Acidentes – estudo longitudinal de base comunitária na cidade de Salvador, que acompanha desde 2000 e estima a incidência de acidentes de trabalho não fatais entre trabalhadores informais e formais, bem como o impacto do primeiro emprego e a ocupação na saúde de adolescentes e adultos jovens.</p> <p>Boletim epidemiológico: acidentes de trabalho fatais 2000-2010. Entre outros.</p>

AÇÕES INTITUCIONAIS		
SESAO-HUPES-UFBA	Atendimento aos trabalhadores do HUPES, marisqueiras, telemarketing, professores e funcionários da Sesab Campo de estágio da Residência de Medicina do Trabalho	Serviço criado em 2002. Coordenadores: Eduardo Borges dos Reis, Paulo Pena, Vera Martins.
Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT-DMPS-UFBA)	Programa iniciado em 2007 Projetos de investigação em “saúde, ambiente e trabalho” Trata-se do único programa de pesquisa com mestrado acadêmico nesta área do país Capacita professores, pesquisadores e profissionais para a construção de alternativas de soluções e para a implementação de ações sobre problemas ambientais e em saúde do trabalhador Mais de 140 dissertações de mestrado defendidas desde 2007 (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO, 2021)	Alguns grupos de pesquisa: Marco Antônio Vasconcelos Rêgo - Epidemiologia, doenças crônicas, trabalho e ambiente; Mônica Angelim Gomes de Lima - Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade; Rita de Cássia Franco Rêgo - Epidemiologia em Saúde, Ambiente, Trabalho e Sustentabilidade em Comunidades; Rita de Cássia Pereira Fernandes - Epidemiologia, ergonomia, vigilância em saúde, estudo do trabalho; Paulo Gilvane Lopes Pena - Pesquisas ergonômicas, clínicas e sociais em operadores de telemarketing; pesquisa clínico-epidemiológica e social com pescadores artesanais do Brasil.
FUNDACENTRO - Bahia. Antigo Ministério do Trabalho e Emprego	Estudos, pesquisas e materiais educativos sobre segurança, higiene, meio ambiente e Medicina do Trabalho Ações: teses de doutorado, relatórios técnicos, livros, oficinas, entre outros Assuntos: exposição a compostos químicos, riscos ocupacionais na agricultura familiar, saúde mental e trabalho e muitos outros Unidade Descentralizada em Extinção na Bahia (FUNDACENTRO, 2021)	Destaque para a contribuição de Albertinho Barreto de Carvalho Tese de doutorado: <i>Compostos Carbolínicos no ar em ambientes de trabalho de carvoarias na Bahia</i> (CARVALHO, A., 2005) Relatório técnico: “Projeto avaliação de agentes carcinogênicos/mutagênicos em ambientes de trabalho - Exposição de Trabalhadores a Agentes Cancerígenos e Irritantes em Carvoarias não Mecanizadas na Bahia” (CARVALHO, A. et al., 2016) - estudo realizado de 2001 a 2013

AÇÕES INSTITUCIONAIS		
Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC-UEFS)	O PPGSC da UEFS surgiu em 1997 e forma mestres e doutores. Possui 3 áreas de concentração: Saúde Coletiva, Epidemiologia e Política e Gestão. Sendo a área de Saúde Coletiva responsável por estudos e produções acadêmicas científicas sobre a saúde dos enfermeiros, cuidadores de idosos e de outros segmentos ocupacionais. Além disso, há estudos que se propõem a analisar a gestão da saúde em municípios do estado da Bahia.	Alguns estudos: "Médicos Plantonistas de UTI: Prevalência da Síndrome de Burnout, Características Sócio-Demográfico e das Condições de Trabalho" (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2010) "Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários" (SOUSA et al., 2010)
ALGUNS TEMAS DE DESTAQUE		
Exposição/Ambiente de trabalho/Agravo à saúde	Ações realizadas	Pesquisas/Autores
Exposição ocupacional e ambiental ao chumbo	Estudos sobre os impactos ambientais decorrentes do setor de fundição de chumbo – presença de chumbo no sangue de crianças de Santo Amaro (BA) Estudo sobre a exposição ocupacional ao chumbo em uma metalúrgica no estado da Bahia – dosagem de indicadores biológicos de exposição e efeito ao chumbo inorgânico, indicando níveis superiores nos trabalhadores em comparação ao grupo controle.	"Intoxicação por chumbo entre crianças de Santo Amaro, Bahia, Brasil em 1980, 1985 e 1992" (SILVANY NETO et al., 1996) "Chumbo no sangue de crianças e passivo ambiental de uma fundição de chumbo no Brasil" (CARVALHO, F. et al, 2003) "Avaliação da exposição ocupacional ao chumbo em uma metalúrgica um estudo transversal" (MENEZES FILHO; CARVALHO; SPÍNOLA, 2003)
Exposição ocupacional ao benzeno	Estudos sobre a exposição ocupacional ao benzeno no Polo Petroquímico de Camaçari (BA) Trabalho presente no Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador – Sesab	"Exposição Ocupacional ao Benzeno em Trabalhadores do Pólo Petroquímico de Camaçari, Bahia" (MIRANDA et al., 1998) "Benzenismo no Pólo Petroquímico de Camaçari, Bahia" (MIRANDA et al., 1997) "Vigilância da saúde do trabalhador exposto a benzeno" (REGO et al., 2002)
Surdez profissional	Estudo realizado com mais de 7 mil trabalhadores de 44 empresas industriais na Bahia e apresenta dados da prevalência de perda de audição dessa população.	"Surdez Profissional na Bahia: a história social de uma doença do trabalho" (MIRANDA et al., 1998)

AÇÕES INTITUCIONAIS		
Condições de trabalho e de saúde dos professores do estado da Bahia	Vários estudos sobre saúde dos professores, totalizando mais de 10 docentes, com ênfase nas condições de saúde e de trabalho em professores - Transtornos psíquicos; distúrbios vocais; distúrbios osteomusculares.	Tânia Araújo, Eduardo Reis, Lauro Porto, Albanita Ceballos, Fernando Carvalho, Jefferson Cardoso, Anibal Silvany Neto. Condições de Trabalho e Saúde dos Professores da rede particular de ensino de Salvador, Bahia. (SILVANY NETO et al., 2000). Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista. (REIS et al., 2005); Prevalência de dor musculoesquelética em professores. (CARDOSO et al., 2009); Avaliação perceptivo-auditiva e fatores associados à alteração vocal em professores. (CEBALLOS et al., 2011).
Acidentes de trabalho não fatais	Estudo sobre casos anuais de acidentes de trabalho não fatais e sua divisão entre os gêneros e tipos de contrato, realizado por inquérito de uma amostra aleatória da população de Salvador, com idade entre 18 e 65 anos.	“Acidentes de trabalhos não fatais: diferença de gênero e tipo de contrato de trabalho” (SANTANA et al., 2003)
Condições de trabalho na indústria de plástico	Estudo realizado com trabalhadores da indústria de plástico da região metropolitana de Salvador que evidenciou jornadas estressantes de trabalho, LER e doenças do trabalho.	“Mudanças nas formas de produção na indústria e a saúde dos trabalhadores” (FERNANDES; ASSUNÇÃO; CARVALHO, 2010)
Acidentes de trabalho no Brasil	Trabalho de revisão epidemiológica sobre acidentes de trabalho fatais e não fatais na população brasileira entre 1994 e 2004	“Acidente de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão” (SANTANA; NOBRE; WALDVOGEL, 2005)
Agravos à saúde de trabalhadores artesanais	Trabalho realizado entre 2005 e 2007 na comunidade da Ilha de Maré, município de Salvador, no qual foram entrevistadas 30 pessoas, todos trabalhadores extrativistas de mariscos, sendo observado os acidentes e doenças mais frequentes.	“Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos” (PENA; FREITAS; CARDIM, 2011)
Câncer ocupacional	Estudo de caso-controle que busca a associação entre o desenvolvimento de linfoma não Hodgkin e a exposição ocupacional a solventes orgânicos em pacientes de Salvador em região - BA.	“Linfoma nao-hodgkin e exposição ocupacional a solventes orgânicos” (REGO, 1998)

Fonte: elaborado pelos autores.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. B. de S. A Associação Brasileira de Medicina do Trabalho: locus do processo de constituição da especialidade de medicina do trabalho no Brasil na década de 1940. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 869-877, jun. 2008.
- ALMEIDA, A. B. de S. As doenças ‘do trabalho’ no Brasil no contexto das políticas públicas voltadas ao trabalhador (1920-1950). *Revista Mundos do Trabalho*, Florianópolis, v. 7, n. 13, p. 65-84, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/1984-9222.2015v7n13p65>. Acesso em: 5 out. 2021.
- ALMEIDA, S. L. de. *Racismo estrutural*. São Paulo: Jandaíra, 2020.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO. *História da medicina do trabalho*. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/historia-da-medicina-do-trabalho/>. Acesso em: 5 out. 2021.
- BATISTA, R. dos S. Serviço de Higiene Industrial: trabalho, saúde e doença na Reforma Sanitária da Bahia (1925-1930). *Mundos do Trabalho*, Florianópolis, v. 12, p. 1-25, 2020.
- BERTOLLI FILHO, C. Medicina e Trabalho: as “ciências do comportamento” na década de 40. *Revista de História [da USP]*, São Paulo, n. 127-128, p. 37-51, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Organizado por Elizabeth Costa Dias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 114).
- 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*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 5 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 116, supl. 2, 6 jul. 1978.
- BUENO, E. *Produto nacional: uma história da indústria no Brasil*. Brasília, DF: Confederação Nacional da Indústria, 2008.
- CAMPOS, P. C. *SESI DR-BA: uma organização de excelência?* 2005. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.
- CARDOSO, J. P. *et al.* Prevalência de dor musculoesquelética em professores. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 604-614, 2009.

- CARVALHO, A. B. de. *Compostos carbonílicos no ar em ambientes de trabalho de carvoarias na Bahia*. 2005. Tese (Doutorado em Química) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.
- CARVALHO, A. B. de. *et al. Exposição de trabalhadores a agentes cancerígenos e irritantes em carvoarias não mecanizadas da Bahia*. Salvador: Fundacentro, 2016.
- CARVALHO, F. M. *et al.* Chumbo no sangue e passivo ambiental de uma fundição de chumbo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 13, n. 1, p. 19-23, 2003.
- CEBALLOS, A. G. C. *et al.* Avaliação perceptivo-auditiva e fatores associados à alteração vocal em professores. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 285-295, 2011.
- CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1987, Salvador. *Relatório final* [...]. Salvador: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador, 1987.
- CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 2., 1988, Salvador. *Relatório final* [...]. Salvador: [s. n.], 1988.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1989, Brasília, DF. *Relatório final*. Brasília, DF: CNST, 1989. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-1a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 5 out. 2021.
- ENCONTRO DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1987, Salvador. *Teses* [...]. Salvador: Comissão Estadual de Saúde e Previdência Social, 1987.
- FARIA, M. da G. D. de. *Terceirização: (des)fordizando a fábrica: um estudo do Complexo Petroquímico da Bahia*. 1995. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências Humanas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.
- FERNANDES, R. de C. P.; ASSUNÇÃO, A. Á.; CARVALHO, F. M. Mudanças nas formas de produção na indústria e a saúde dos trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1563-1574, 2010.
- FONSECA, M. R. F. da. *Peixoto, Júlio Afrânio*. In: DICIONÁRIO Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, [201-?]. Disponível em: [http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/julafpeix.htm#dados\\_pessoais](http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/julafpeix.htm#dados_pessoais). Acesso em: 5 out. 2020.
- FRANCO, T. M. de A. Trabalho e saúde no pólo industrial de Camaçari. *Caderno CRH*, Salvador, n. 15, p. 27-46, jul./dez. 1991.
- FRIAS JÚNIOR, C. A. da S. *A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.



- FUNDACENTRO. *Unidade Descentralizada em Extinção na Bahia*. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/composicao-1/unidades-descentralizadas/unidade-descentralizada-em-extincao-na-bahia>. Acesso em: jul. 2021.
- GUERRA, O.; TEIXEIRA, F. 50 anos de industrialização baiana: do enigma a uma dinâmica exógena e espasmódica. *Bahia Análise e Dados*, Salvador, v. 10, n. 1, p. 87-98, jul. 2000.
- GURGEL, C. *Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos*. 2. reimp. São Paulo: Contexto, 2011.
- INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA. *Conheça o ISC/UFBA*. Salvador, 2021. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/conheca-o-iscufba/#1501448125900-63e61f1a-def9>. Acesso em: 12 mar. 2021.
- LACAZ, F. A. de C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, 1997. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000600002&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600002&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 8 jan. 2021.
- LOURENÇO, E. Â. S.; LACAZ, F. A. C. Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 44-56, 2013.
- MARQUESE, R. de B. *Factores do corpo, missionários da mente: senhores letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1660-1860*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- MARTINS, O. G. *Condições de vida e de trabalho na Inglaterra da Revolução Industrial*. 2008. Dissertação (Mestrado em Estudos Ingleses) – Universidade Aberta, Lisboa, 2008.
- MARX, K. *O Capital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985. v. 1.
- MAURO, F.; SOUZA, M. *Le Brésil du XVe siècle à la fin du XVIIIe siècle*. Paris: Sedes, 1997.
- MELLING, J.; CARTER, T. Donald Hunter and the history of occupational health: precedents and perspectives. In: BAXTER, P. J. et al. (org.). *Hunter's diseases of occupations*. London: Hodder Arnold, 2010. p. 5-23.
- MELLO, A. B. de. *Cartilha histórica da Bahia: a República e seus governadores*. Rio de Janeiro: Revista Continente Editorial, 1986.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- MENDES, R.; WAISSMANN, W. Bases históricas da Patologia do Trabalho. In: MENDES, R. *Patologia do trabalho*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 3-48.
- MENEZES FILHO, J. A. M.; CARVALHO, W. A.; SPÍNOLA, A. G. Avaliação da exposição ocupacional ao chumbo em uma metalurgia um estudo transversal. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 28, n. 105-106, p. 63-72, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.

MIRANDA, C. R. *et al.* Benzenism in the Camaçari Petrochemical Complex, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 24, n. 89-90, p. 81-91, dez. 1997. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-260721>. Acesso em: 13 mar. 2021.

MIRANDA, C. R. *et al.* Occupational Exposure to benzene in workers of petrochemical complex of Camaçari, Bahia. *Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 178, p. 59-63, maio/ago. 1998. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-273903>. Acesso em: 13 mar. 2021.

MIRANDA, C. R. *et al.* Surdez Profissional na Bahia: a história social de uma doença do trabalho. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, [s. l.], v. 64, n. 2, p. 109-114, mar./abr. 1998.

MORRONE, L. C. *Atividades dos Serviços de Medicina do Trabalho nas Empresas dos Municípios da Grande São Paulo*. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Ambiental) – Universidade São Paulo, São Paulo, 1996.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. *et al.* Médicos plantonistas de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sócio-demográfico e das condições de trabalho. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 34, n. 1, p. 106-115, 2010.

NOVAES, R. J. S. *Avaliação dos riscos à saúde dos trabalhadores de uma planta de produção de lubrificantes: uma proposta de gerenciamento de riscos*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

O PRIMEIRO campo comercial de petróleo do Brasil e o sonho da independência econômica e da soberania nacional. *Sindipetro Bahia*, Salvador, 31 jul. 2019. Disponível em: <https://www.sindipetroba.org.br/2019/o-primeiro-campo-de-petroleo-do-brasil-e-o-sonho-da-independencia-economica-e-da-soberania-nacional/#:~:text=Foi%20nesse%20estado%20que%20foi,a%2050%20km%20de%20Salvador>. Acesso em: 25 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *História da OIT*. Genebra, [201-?]. Disponível em <https://www.ilo.org/brasilia/conheca-a-oit/hist%C3%B3ria/lang--pt/index.htm>. Acesso em: 22 jan. 2021.

PAIXÃO, N. R. *Ao soar do apito da fábrica: idas e vindas de operárias (os) têxteis em Valença – Bahia (1950-1980)*. 2006. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

PENA, P. G. L. Quatro séculos de práticas agrônômicas, veterinárias e médicas para o trabalho escravo nas Américas e desafios do SUS na erradicação das formas

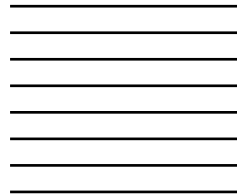
- contemporâneas de trabalho escravo. In: LEÃO, L. H. C.; LEAL, C. R. F. (org.). *Novos caminhos para o trabalho escravo contemporâneo*. Curitiba: Editora CRV, 2021.
- PENA, P. G. L. *Surdez profissional na Bahia: a história social de uma doença do trabalho*. 1990. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1990.
- PENA, P. G. L.; BAPTISTA, R. A institucionalização da Saúde do Trabalhador na Bahia: a emergência do CESAT. In: NOBRE, L. C. C.; PENNA, P. G. L.; BAPTISTA, R. F. *A saúde do trabalhador na Bahia: história, conquistas e desafios*. Salvador: Edufba, 2011. p. 95-140.
- PENA, P. G. L.; FREITAS, M. C. S.; CARDIM, A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de mariscadeiras na ilha de Maré, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Salvador, v. 16, n. 8, p. 3383-3392, 2011.
- PENA, P. G. L.; GOMES, A. R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (org.). *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: EDUCAN, 2011.
- PENTEADO, E. V. B. de F. *Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.
- PLATAFORMA RENAST. *Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador - UFBA*. Salvador, 2018. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/programa-integrado-saude-ambiental-trabalhador-ufba>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO. *Histórico*. Salvador, jul. 2021. Disponível em: <https://sat.ufba.br/pt-br/historico-0>. Acesso em: jul. 2021.
- PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO. *Linha de Pesquisa*. Salvador, jul. 2021. Disponível em: <https://sat.ufba.br/pt-br/linha-de-pesquisa-0>. Acesso em: jul. 2021.
- RAMAZZINI, B. *As doenças dos trabalhadores*. São Paulo: Fundacentro, 2000.
- RAMAZZINI, B. *As doenças dos trabalhadores*. 4. ed. São Paulo: Fundacentro, 2016. Disponível em: <https://www.unicesumar.edu.br/biblioteca/wp-content/uploads/sites/50/2019/06/Doencas-Trabalhadores-portal.pdf>. Acesso em: 5 out. 2021.
- REGO, M. A. V. *et al.* Health surveillance of worker in benzene exposure. In: BAHIA. Secretaria da Saúde. *Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador*. 3. ed. Salvador: Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador, 2002. p. 135-152. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-322196>. Acesso em: 12 mar. 2021.
- REGO, M. A. V. *Linfoma não Hodgkin e exposição ocupacional a solventes orgânicos*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1998.

- REIS, E. J. F. B. *et al.* Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, 2005.
- RIOS, M. A.; NERY, A. A. Condições laborais e de saúde referidas por trabalhadores informais do comércio. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 2, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2015/24390.php>. Acesso em: 5 out. 2021.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Editora Unesp, 1994.
- SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Salvador, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.
- SANTANA, V. *et al.* Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 481-493, 2003.
- SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. M. *Bailarina da morte: a gripe espanhola no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- SILVA, J. C. P.; PASCHOARELLI, L. C. (org.). *A evolução histórica da ergonomia no mundo e seus pioneiros*. São Paulo: Editora Unesp, 2010.
- SILVANY NETO, A. M. *et al.* Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Salvador, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 24, n. 1-2, p. 42-56, 2000.
- SILVANY NETO, A. M. *et al.* Lead poisoning among children of Santo Amaro, Bahia, Brazil in 1980, 1985 and 1992. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Washington, DC., v. 30, n. 1, p. 51-62, 1996.
- SILVA, R. C. M. da. *Salvador redesenhada pelo desenvolvimento*. 2008. Dissertação (Mestrado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2008.
- SOARES, D. de B. *Autogestões de saúde: a competitividade do benefício AMS da Petrobras*. 2013. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.
- SOUSA, S. F. de S. *et al.* Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 710-717, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n4/15.pdf>. Acesso em: jul. 2021.
- SOUSA-UVA, A.; SERRANHEIRA, F. Trabalho e Saúde/(Doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 43-49, 2013.
- TEIXEIRA, A. dos S. *A inserção da economia baiana no novo modelo de desenvolvimento do Brasil: desindustrialização, doença holandesa e reprimarização*. 2013. Trabalho

de conclusão de curso (Bacharelado em Economia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

VERGER, P. *Fluxo e refluxo*: do tráfico de escravos entre o Golfo do Benin e a Bahia de Todos os Santos, dos séculos XVII a XIX. Salvador: Corrupio, 2002.

VIANA FILHO, L. *Petroquímica e industrialização da Bahia (1967-1971)*. Brasília, DF: Senado Federal, 1984.



## 12

# HISTÓRIA DA MEDICINA TROPICAL

*Antonio Wanderson Vieira Gois*

*Elvis Paim Ferreira*

*Giovanna Harzer Santana*

*João Pedro Assunção*

### **INTRODUÇÃO**

O termo “Medicina Tropical”, criado pelo mineiro Pedro Nava (1949) e posteriormente popularizado pelos estudos do médico Antonio Carlos Coni (1952), busca nomear o movimento científico do início do século XIX, o qual contestava o determinismo racial e climatológico, corrente de pensamento europeu vigente na época, que acreditava haver uma degeneração psíquica e física nos habitantes dos trópicos, influenciada pelo clima e pela raça.

Dessa forma, com o passar do tempo, foram ficando claras e evidentes que grande parte das enfermidades eram causadas por agentes parasitários e agravadas por determinantes socioeconômicos e raciais. Entre esses fatores, enquadram-se: pobreza, desigualdades na educação, higiene e saneamento básico, insegurança ocupacional, falta de assistência médica e medidas de prevenção, ambiente favorável para ocorrência das parasitoses, entre outros.

Sendo assim, o final do século XIX representa a decadência da Escola Tropicalista Baiana, pelo menos no seu formato original. A verdade é que, no século XX, o movimento se metamorfoseou e a história dessa transformação está atrelada ao desenvolvimento de um conjunto de instituições, que perpetuaram a promoção de pesquisas na área de Medicina Tropical na Bahia. Hoje em dia, existem importantes avanços que diminuíram significativamente a ocorrência dessas patologias, passando a ser negligenciadas pela sociedade e a enfrentar novos desafios.

Contar a história da Medicina Tropical na Bahia é falar sobre o enfrentamento dos agentes sociais baianos contra as parasitoses que assolaram e assolam a população, essencialmente os grupos de vulnerabilidade social. Sob esse prisma, o século XX representou a superação do determinismo científico europeu em relação às doenças parasitárias e passou a incorporar também os estudos relacionados às arboviroses, infecções virais vetorizadas por mosquitos.

Para a narrativa de tais acontecimentos, ressalta-se a colaboração dos ilustres médicos e médicas: Achilea Candida Lisboa Bittencourt, patologista e ex-professora de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB); Ceuci de Lima Xavier Nunes, infectologista e atual diretora do Hospital Couto Maia; José Carlos Bina de Araújo, infectologista e ex-coordenador da disciplina de Doenças Tropicais e Infecciosas da FMB e Ronaldo Ribeiro Jacobina, sanitarista e membro titular do Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins, os quais foram entrevistados com o fito de contribuir com a elaboração deste capítulo.

## **FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA E FUNDAÇÃO GONÇALO MONIZ**

No ano de 1865, em Salvador, Bahia, um grupo de médicos começou a se encontrar no período da noite, duas vezes por mês. Eles discutiam, dentre outros assuntos, progressos na microscopia e na área da Parasitologia e como esse conhecimento poderia ser colocado em prática no Brasil (tradução nossa). (PEARL, 1999)

A fim de ampliar a discussão e registrar experiências acerca de doenças tropicais, esses médicos fundaram, um ano depois do início dos encontros da agremiação, em 1866, a *Gazeta Médica da Bahia* (GMB). Nesse contexto, tal associação foi chamada, em 1949, pelo memorialista Pedro Nava, como “Escola Tropicalista”. (JACOBINA et al., 2008)

Curiosamente, nas reuniões do grupo existia um integrante que ainda não era médico. Acadêmico da FMB, Antônio Pacífico Pereira era um estudante que compunha a associação que deu origem à Escola Tropicalista Baiana. Pereira foi o segundo diretor da GMB, assumindo o cargo de 1867 até 1870, quando entrou em processo de preparação para o concurso de professor opositor na Seção de Cirurgia. Nesse momento, já era médico graduado pela FMB. (JACOBINA et al., 2008)

Além de Pereira, outros fundadores não somente da “Escola Tropicalista”, como também da gazeta, pertenciam a FMB: Januário de Faria, Antônio José Alves e Virgílio Damásio eram docentes da faculdade, o que denota uma relação entre a “escola” e a instituição desde o princípio das ações da congregação de médicos, a qual se perpetuou, como será observado ao decorrer da história. (JACOBINA et al., 2008)

Em 1876, Pacífico Pereira regressou à direção da revista. Sob sua direção, a *Gazeta Médica da Bahia* teve publicações ininterruptas por 44 anos. Em 1920, no entanto, Pereira adoeceu e deixou sua função na GMB, iniciando um período de hiato nas publicações da revista, que dura até o seu falecimento, dois anos depois, quando a revista retorna sob nova direção. (JACOBINA et al., 2008)

Ademais, faz-se importante a menção de que a *Gazeta Médica da Bahia* de novembro de 1922 foi dedicada de maneira integral a Pacífico. Nela, foram publicadas homenagens de diversos médicos, como Clementino Rocha Fraga e Aristides Novis. Esse último, aliás, formado na FMB tal como seu antecessor na direção da revista, é quem promove esse renascimento da GMB. (FONSECA, [201- ?]; JACOBINA et al., 2008)

O professor Novis, catedrático de Fisiologia, mantém publicações regulares até 1934, quando a gazeta para de ser publicada. Subsequentemente, os direitos de publicação da revista são transmitidos à FMB a partir dos seus herdeiros. (JACOBINA et al., 2008)

No período de inatividade da gazeta, foi criado o Hospital das Clínicas, localizado no Canela, o qual foi concluído em 1948. O Hospital das Clínicas, que hoje chama-se Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES), substituiu o Hospital Santa Izabel, em Nazaré, na sua função de local para ensino médico da FMB. (TEIXEIRA, 2001)

Surge também a Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas. Conforme Teixeira (2001), era possível vivenciar o renascimento da robustez da Escola Tropicalista Baiana a partir das atividades realizadas pela clínica, serviço da extinta disciplina de Doenças Tropicais e Infecciosas. (TEIXEIRA, 2001)

*[...] Eu trabalhei na universidade, na enfermaria de doenças infecciosas e parasitárias, onde existiam leitos de isolamento, onde existia todo um grupo profissional, com toda*



*programação acadêmica de visita à enfermaria, revisão de prontuário, visita diária aos pacientes, formação de internos, estagiários, internos e residentes. Na verdade, eram residentes de Clínica Médica com passagem na enfermaria de doenças infecciosas e parasitárias. Hoje, não existe mais essa enfermaria, não existe mais leitos de isolamentos. Os pacientes são internados em leitos de Clínica Médica de um modo geral [...] O forte dos pacientes internados na enfermaria de doenças infecciosas e parasitárias eram as chamadas doenças negligenciadas. (José Carlos Bina)<sup>1</sup>*

A estrutura física da clínica foi criada em função dos objetivos de ensino e pesquisa determinados para aquele espaço. Havia uma divisão caracterizada por: enfermaria, ambulatório, laboratório, sala de administração e a biblioteca. (TEIXEIRA, 2012 apud SANTANA, 2013)

No que tange aos recursos humanos, além de médicos agregados do Hospital das Clínicas e do Hospital Santa Izabel, um acordo entre a Fundação Gonçalo Moniz (FGM) e a reitoria da Universidade Federal da Bahia (UFBA) possibilitou a transferência de funcionários da FGM para a Clínica, dentre técnicos de laboratório e funcionários de serviços gerais. (TEIXEIRA, 2012 apud SANTANA, 2013)

A disciplina de Doenças Tropicais e Infecciosas foi inserida no currículo da FMB, majoritariamente, devido à iniciativa de João Garcez Fróes, primeiro professor do componente. A partir de 1959, não obstante, a cátedra passou a ser ocupada por Aluizio Rosa Prata. (TEIXEIRA, 2001)

*[...] Doenças infecciosas e parasitárias fazia parte do departamento de Clínica Médica. Era um setor de doenças infecciosas e parasitárias, um setor com enfermaria própria, com corpo clínico próprio e toda uma programação acadêmica virada para o ensino das doenças infecciosas e parasitárias [...] Você tinha o curso teórico das doenças infecciosas. Era feito no quarto ano de Medicina. Daí em diante você tinha aulas práticas com cada turma de 10, 7, 8, 10 alunos com o professor para discutir os casos da enfermaria, os casos das doenças, discutir diagnósticos, tratamento etc. O internato já era uma coisa ligada à formação médica mesmo, eles eram responsáveis pelo tratamento do doente internado, eram responsáveis para preparar a visita na enfermaria, revisão de prontuário. Sempre sob supervisão de um preceptor do mesmo modo que a residência. (José Carlos Bina)*

Segundo Teixeira (2012 apud SANTANA, 2013), que foi predecessor de José Carlos Bina e sucessor de Aluizio Prata na coordenação da disciplina, o professor Prata deu ao componente objetividade, correção, senso de responsabilidade e ordem, características baseadas no seu trabalho no laboratório, ambulatório e

---

1 Entrevista sobre a história da Medicina Tropical na Bahia com José Carlos Bina de Araújo, concedida a Antonio Wanderson Vieira Gois e Elvis Paim Ferreira. Salvador (BA), 2 fev. 2021.

enfermaria da Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas, além do seu escritório no Hospital Edgard Santos. Além disso, o docente foi um elemento de considerável contribuição para o renascimento da tradicional Escola Tropicalista Baiana

Aluizio Prata era um médico já conhecido nacional e internacionalmente antes de iniciar suas atividades na faculdade. Além de ocupante de uma das cadeiras da FMB, foi diretor da FGM, um dos fundadores da Sociedade Latino-Americana e da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical e um dos primeiros presidentes dessa instituição nacional. (TEIXEIRA, 2012 apud SANTANA, 2013)

O antigo diretor da FGM desenvolveu uma série de estudos na área de Medicina Tropical, pesquisando em cidades como São Felipe, Caatinga do Moura e Jacobina, com atuações em função da concentração das patologias em cada área. Os estudos de campo eram realizados em harmonia com as atividades executadas no Hospital das Clínicas. O professor Prata criou oportunidades de estudo não só nas ciências básicas e na área clínica, como também acerca da epidemiologia da esquistossomose, da doença de Chagas e das leishmanioses. (TEIXEIRA, 2001)

*[...] Eu costumava viajar com ele para as áreas de campo que ele abriu no estado de Goiás e no centro-oeste da Bahia. Professor Prata trabalhou até quase a morte dele. Parecia que ia ser eterno, porque pra ele não tinha fim. Ele abria novas áreas e novos estudantes e novos cursos como se ele tivesse 50 anos de idade. É um exemplo pra Medicina. Tem muitos trabalhos publicados. (José Carlos Bina)*

*[...] outra coisa importante é a parte que eles fazem de extensão para a zona rural, trabalhos de área rural, e isso se iniciou com o professor Aluizio Prata, foi o primeiro quem no Brasil, que começou a fazer estudos de endemias em áreas rurais, mas, posteriormente, vieram muitas outras, como a leishmaniose e muitas outras doenças. De modo que isso é muito importante também: a extensão que eles levam para o interior e também vão disseminando conhecimento para os médicos das cidades vizinhas. (Achilea Bittencourt)<sup>2</sup>*

Uma valorosa ação da Clínica foi a criação de um curso de pós-graduação de Medicina Tropical para médicos, que permaneceu em vigor durante 13 anos. A proposta desse curso era abranger profissionais do interior da Bahia, assim como, ocasionalmente, outros estados, outros países da América Latina, da África e da Europa. (TEIXEIRA, 2001; TEIXEIRA, 2012 apud SANTANA, 2013) Conforme Bittencourt, acerca da influência estrangeira na pós-graduação: “[...] no curso, foi muito grande. Teve colaboração de alunos sul-americanos, mas vieram professores de fora”.

2 Entrevista sobre a história da Medicina Tropical na Bahia com Achilea Candida Lisboa Bittencourt. Entrevista concedida a Elvis Paim Ferreira e João Pedro Assunção. Salvador (BA), 22/01/2021.

O ensino foi também estendido aos médicos pertencentes a instituições que trabalhavam com endemias nacionais e aos que atuavam em áreas rurais. Havia um contato constante com pesquisadores de outros estados, a exemplo de João Alves Meira e Samuel Pessoa, com estrangeiros, como os da Universidade de Cornell, e centros locais, dentre os quais estava a FGM. (TEIXEIRA, 2001)

Porém, os anos de 1968 a 1974 constituem o período no qual a Reforma Universitária é proposta, instituída e tentada à consolidação. A UFBA não escapa de tal mudança: seu Hospital de Ensino, o Hospital das Clínicas, se transformou. Com efeito, houve consequências para a Clínica Tropical, também chamada de Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias. (TEIXEIRA, 2001)

Não só o laboratório, como também a enfermaria e o ambulatório, noutro tempo, prósperos, definharam. O laboratório, praticamente, fechou suas portas. Em determinadas épocas, a enfermaria parou de funcionar, apresentando uma grande degradação física, funcional e pessoal que transpareciam em um máximo de quatro a seis leitos. Por outro lado, o ambulatório tornou-se parte dos serviços ambulatoriais das clínicas médicas e passou a funcionar não mais que uma vez por semana. (TEIXEIRA, 2001)

Para além disso, os espaços relativos às salas de aula e a biblioteca passaram a ser usados para a instituição de outras atividades. De acordo com Teixeira (2001), essa situação significou o esquecimento do empenho por meio do qual se forneceu um estimável serviço à comunidade, tanto através de assistência, quanto de pesquisa e ensino. (TEIXEIRA, 2001)

Tal conjuntura provocou o deslocamento de Aluizio Prata e elementos valiosos do corpo clínico da unidade, como Vanize de Oliveira Macêdo, da cidade. Permaneceram em Salvador, em contrapartida, nomes como Suraia Hage (bacteriologista), Altina Sodré (imunologista) e Vanete Oliveira (parasitologista). Todavia, elas se afastaram da Clínica Tropical. Desse modo, formada como uma continuação da Escola Tropicalista Baiana, a disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias se desmembrou e quase desapareceu. (TEIXEIRA, 2001)

*[...]Eu não sei o que os gestores pensam a respeito disso. Eu sinto, fico com muita pena em ter desaparecido uma enfermaria que era exemplo no Hospital das Clínicas. Era exemplo, era querida por todos os estudantes. Todos os estudantes e internos queriam passar na enfermaria de doenças infecciosas e parasitárias. E ela desapareceu. Questões que eu não sei explicar. (José Carlos Bina)*

Nesse ínterim, em 1957, por meio de um convênio a FGM, o Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERU) e o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) foi fundado o Núcleo de Pesquisas da Bahia (NEP), a fim do estudo sobre endemias parasitárias

na Bahia. Tal núcleo, futuramente, dará origem ao Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz (CPqGM). (SANTANA, 2013)

*[...] Gostaria de lembrar que a Fiocruz iniciou-se propriamente em 1915 com o Instituto Bacteriológico, Antirrábico e Vacinogênico, por lei estadual, sob a direção de Gonçalo Moniz, no bairro do Canela. Em 1950, o Instituto denominou-se Fundação Gonçalo Moniz, destinada a manter e desenvolver os serviços de Saúde Pública, com foco em exames laboratoriais e produção de vacinas e soros em colaboração com a universidade. (Achilea Bittencourt)*

Comparado ao mito da Fênix por Jacobina e demais autores (2008), publicações voltam a ser realizadas na GMB no ano de 1966. Nesse viés, a retirada da revista do repouso no qual se encontrava foi efeito da atitude do prof. Aluizio Prata, em colaboração com os professores Heonir Rocha e Zilton Andrade. Em 1970, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) incorpora o NEP e ele passa a ser denominado Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz. (JACOBINA et al., 2008; SANTANA, 2013)

*[...] Há um certo debacle, que é quando a gazeta vai para a universidade, a faculdade. Aí ela se fraqueja. Ela não honra a tradição da revista, não assume. Mas, aí, começa a reativar de novo e, quando chega, como você lembrou bem, nos anos 1960, 1970, isso se aflora. Esse passado, ele não pode ser abolido. (Ronaldo Jacobina)<sup>3</sup>*

Publicações anuais a fim de registrar a produção científica resultantes dos estudos realizados pelos tropicalistas baianos na gazeta ocorrem até 1972. Em 1976, uma edição avulsa foi publicada, contudo, é também quando a revista cessou novamente suas atividades. Por outro lado, é apenas em 1980 que o CPqGM passa a categoria de Unidade Técnico-científica da Fiocruz. (JACOBINA et al., 2008; SANTANA, 2013)

Consoante Teixeira (2001), a FGM, unidade de pesquisa da Fiocruz na Bahia, foi a instituição que promoveu o renascimento da pesquisa das doenças tropicais no estado. Além disso, a FGM e a Escola Tropicalista Baiana exerceram influência na implantação do modelo de pesquisa médica na Bahia. (TEIXEIRA, 2001)

*[...] não há dúvida de que, na Fundação Gonçalo Moniz, existem trabalhos fora das doenças tropicais, mas os principais, o maior número de trabalhos da Fiocruz, é sobre doenças tropicais. doença de Chagas, esquistossomose, leishmaniose, calazar, e muitas*

---

3 Entrevista sobre a história da Medicina Tropical na Bahia com Ronaldo Ribeiro Jacobina. Entrevista concedida a Antonio Wanderson Vieira Gois e Elvis Paim Ferreira. Salvador (BA), 1 fev. 2021.

*outras. E como eu disse a vocês. Toda epidemia que aparece aqui [Salvador], as mais recentes, a Fiocruz tá no meio.* (Achilea Bittencourt)

O CPqGM colaborou com a formação de um só núcleo de pesquisa acerca de doenças tropicais na Bahia. Essa organização foi fruto de contribuições dos tropicalistas da FGM da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em conjunto com a Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas da FMB, além da Escola Tropicalista da Bahia, que pode ser também chamada Escola Nova. (SANTANA, 2013)

Tal parceria representa uma nova fase da Escola Tropicalista Baiana e nela participavam nomes como Octavio Mangabeira Filho, Aluizio Prata, Rodolfo Teixeira, Zilton Andrade, Eurydice Pires de Sant'Anna, Achilea Bittencourt, Sonia Andrade e Ítalo Sherlock. (SANTANA, 2013)

Em muitas ocasiões, foi possível observar uma harmonia na colaboração entre a FGM e a FMB. Assim, apesar da não existência de um vínculo que ligasse as duas instituições administrativamente, ocorria uma influência recíproca entre a FGM e a FMB, que refletia, por exemplo, no estímulo à pesquisa e à qualificação do ensino na faculdade. (SANTANA, 2013; TEIXEIRA, 2001)

Isso pôde ser observado pela existência de projetos de pesquisa em comum e de cursos nos quais participavam membros das duas instituições. Havia professores, inclusive, que fizeram parte considerável de sua formação básica na fundação. Dessa forma, o interesse pelo estudo em áreas endêmicas, onde estavam concentradas, por exemplo, patologias como a doença de Chagas, a esquistossomose e a leishmaniose foi suscitado no ambiente universitário. (SANTANA, 2013; TEIXEIRA, 2001)

*[...] eu fiquei dentro de uma fundação que era espetacular, muito boa. Quer dizer, não era da proporção da Fiocruz hoje, mas em menor escala, era uma coisa semelhante em que havia um interesse em ensinar e havia uma série de pessoas estudando e interessadas no estudo, na ciência, de modo que isso foi muito útil para mim, para ter uma formação espetacular.* (Achilea Bittencourt)

A FGM e a FMB formavam uma cooperação que compartilhava o mesmo objetivo. A responsabilidade da sociedade médica era pressionada por razões sociais. Buscava-se um maior entendimento acerca de endemias que afligiam, sobretudo, populações marginalizadas e de baixa renda de regiões rurais. Nesse sentido, o centro de pesquisas de doenças infecciosas e parasitárias foi formado, local onde eram exercidas atividades de ordem científica e cultural. (SANTANA, 2013; TEIXEIRA, 2001)

Convém dizer que a FGM funcionou também como um núcleo editorial. Destarte, nela, foram impressos teses, trabalhos científicos e revistas especiali-

zadas, a exemplo do *Boletim da Fundação Gonçalo Moniz*, dos *Arquivos do IBIT* (Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose) e da própria *Gazeta Médica da Bahia*. (TEIXEIRA, 2001)

A FGM renovou o interesse por laboratórios associados à ciências básicas, como Parasitologia, Microbiologia, Virologia e Anatomia Patológica. Esse aprimoramento em tais áreas favoreceu o surgimento de vocações. Destacamos a importância do desenvolvimento dos laboratórios de Anatomia Patológica, nesse contexto, para o desenvolvimento dos estudos acerca da Medicina Tropical. (TEIXEIRA, 2001)

*[...] A FGM era uma instituição fabulosa em que os professores, laboratórios, tinham a disposição de abrir as portas para os alunos. Eu ia então durante todos os horários vagos da universidade e aquelas aulas que não valiam para nada. Realmente, tem umas que não serviam. Eu ia para a Fiocruz. Então, lá eu estagiei, eu aprendi Histologia. Até auxiliiei Piva [Nestor Piva, ministrou o primeiro curso equiparado de Histologia de Salvador] no curso porque eu me dediquei muito, fiquei entusiasmada, eu frequentei laboratório de hematologia, aprendi a fazer alguns exames, laboratório de parasitologia. Aprendi a fazer exame de fezes e ver os helmintos antes de fazer o curso de Parasitologia. Vi o laboratório de Micologia, que me entusiasmou muito.*  
(Achilea Bittencourt)

*A priori*, vale lembrar que um dos fundamentos usados, no século XIX, pela tríade de Medicina Tropical mais famosa na Bahia (Paterson, Wucherer e Silva Lima) tinha como base em suas práticas, as análises de Anatomia Patológica. No século passado, a área de Anatomia Patológica da FMB começou a ser considerada uma das áreas mais produtivas da faculdade sob a condução do prof. Zilton Andrade, com um grande número de publicações de nível notável. (SANTANA, 2013)

Desde os primórdios da construção científica estruturada pela Medicina na Bahia, a temática doenças tropicais fora bastante presente na formação de médicos e cientistas brasileiros, principalmente na Bahia, aspecto evidenciado pelo histórico curricular dos pesquisadores citados neste capítulo, correspondendo assim, anseios de uma sociedade afligida por epidemias que compõe as doenças tropicais. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Voltando no tempo, para o início das atividades de Patologia na UFBA, é remota à criação da bicentenária FMB o ensino da então Anatomia Patológica, visto que, na concepção eurocêntrica que a ciência e o ensino dessa época bebiam, já havia um certo avanço nas técnicas e tecnologias da prática da Patologia. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Do ponto de vista dos avanços técnicos e didáticos abordada no ensino, divide-se a Patologia em dois períodos, antes do século XX e após século XX: o pri-

meiro com ensino puramente teórico e morfológico, embasado na ciência alemã e o segundo período é marcado pela composição prática do ensino da Patologia, da aplicabilidade clínica e diagnóstica além da consolidação de uma ciência base para o curso médico. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Marcando a Patologia do século XX, na primeira metade deste século, temos grandes nomes como Guilherme Pereira Rebelo, Mário Andréa dos Santos, Leôncio Pinto, José Coelho dos Santos, médicos que antecedem a criação do então atual HUPES. Esse marco de criação do HUPES, torna-se importante por aproximar o serviço de Patologia da época com o ensino da patológica na formação médica da FMB e dando início a Patologia da segunda metade do século XX. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

*[...] Nós temos que dividir o século XX em duas partes: a primeira metade e a segunda metade [...] Vamos considerar agora a segunda metade do século XX. Aí, vem a minha mente várias pessoas, mas eu acho que vou citar aqueles, que foram, digamos, propulsores, que criaram o ensino, que divulgaram o ensino e fizeram com que surgissem vários novos pesquisadores. Então, eu falo de Zilton Andrade na Patologia, mas não na época da Fiocruz, na época em que ele estava no Hospital Universitário, trabalhando e, depois, dirigindo o serviço de Anatomia Patológica. Isso, Zilton Andrade de um lado, do outro lado, o professor Aluizio Prata. (Achilea Bittencourt)*

Na segunda metade do século XX, destacam-se os médicos e professores Raphaelle Stigliani, Franz von Lichtemberg, Clarival do Prado Valadares, Jorge P. Studart, Zilton A. Andrade e Anibal Silvany Filho, ambos atuantes no Serviço de Patologia do Hospital das Clínicas que hoje é o HUPES. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

*[...] esqueceram que existiu um marco na Patologia Tropical, que foi o serviço de Patologia e de Anatomia Patológica do HUPES no período em que trabalhou lá Zilton Andrade. [...] esse foi o marco das doenças tropicais. A atuação de Zilton na Fiocruz foi grande, inclusive, a parte experimental foi mais feita até na Fiocruz, mas os trabalhos básicos: sobre doença de Chagas, esquistossomose, e outras patologias, foi no serviço de Patologia, que tem que ser considerado isso. (Achilea Bittencourt)*

Visando suprir a necessidade de conhecimentos e aprimoramento na prática das análises patológicas, visto que nessa época, o ensino da Patologia era ainda teórico e sem prática, criou-se o primeiro curso equiparado de Anatomia Patológica, que podia ser ministrado oficialmente para um grupo de alunos por um professor que fosse livre-docente, que na época era o prof. Silvany Filho. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

*[...] teve o primeiro curso de Histologia, primeiro curso equiparado de Histologia, porque o curso de Histologia da faculdade de Patologia não funcionava, né?! [...] no terceiro ano eu fiquei direto em Anatomia Patológica, direto quer dizer o tempo todo em Anatomia Patológica quando não estava na universidade com o professor Annibal Muniz Silvany Filho, inclusive ajudei a organizar a parte prática do primeiro curso equiparado de Patologia. (Achilea Bittencourt)*

A partir dos anseios para o fomento da prática e ensino da Patologia, tanto no âmbito acadêmico da FMB quanto no âmbito do serviço de HUPES, iniciou-se o processo de formação de especialistas em Patologia fomentada pela criação da residência de Clínica Médica no HUPES e mais tarde com a criação da Residência Médica em Patologia, período de bastante crescimento científico e intercâmbio de médicos na área das doenças tropicais. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

*[...] gostaria de dizer, falando sobre experiência estrangeira, que Valladares, Zilton e Silvany, todos os três fizeram curso nos Estados Unidos, tiveram uma oportunidade que eu não quis ter na época por problemas particulares, mas todos os três fizeram curso nos Estados Unidos e trouxeram a experiência americana para nós, que, aliás, a Patologia americana, nem se compara, estava muito mais evoluída do que na Bahia, que praticamente era só da época de Pirajá da Silva. Então, você vê a diferença. (Achilea Bittencourt)*

Em 1970, após luta do movimento estudantil da FMB insatisfeitos com a estrutura do ensino de Patologia, junto com a Reforma Universitária, criou-se o departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal, absorvendo, assim, os médicos patologistas do serviço de Patologia do HUPES e juntando o ensino com a pesquisa e a rotina prática do serviço de Patologia. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Vale ressaltar que o ápice do ensino da Anatomia Patológica aliado à prática e pesquisa tanto para formação de especialistas como para a formação de médicos, consolidou-se sob administração do prof. Zilton A. Andrade. (ANDRADE; ANDRADE, 2007) Consoante Bittencourt: “[...] O serviço de Patologia era excessivamente voltado para ensino. Não só de patologista, muitos clínicos usufruíram do ensino da anatomia patológica nesse período em que o prof. Zilton Andrade dirigiu o serviço”.

Sua linha de trabalho mais importante estava envolvida na análise de problemas ligados às maiores endemias brasileiras, sob a óptica particular da anatomia patológica. Fora o prof. Andrade, evidenciam-se vários patologistas, também associados a pesquisa, a exemplo Sérgio Santana, Sonia Andrade e Achilea Bittencourt. (SANTANA, 2013)



Em 1984, o índice bibliográfico cumulativo da GMB é apresentado não só no XX Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, como no primeiro congresso realizado pela Sociedade Latino-Americana de Medicina Tropical. Esse índice foi editado pelo dr. Rodolfo dos Santos Teixeira e por Eurydice Pires de Sant'Anna, os quais eram, respectivamente, na época, prof. adjunto da Clínica Tropical e profa. da Escola de Biblioteconomia e Documentação da UFBA, além de chefe da biblioteca da FGM. (SANTANA, 2013)

No mesmo ano, os professores Teixeira e Sant'Anna organizaram o índice cumulativo de 1866 até 1976, mencionado um total de 3.870 trabalhos, os quais haviam sido publicados nesse intervalo, que foram distribuídos em oito volumes. Já no século XXI, em 2002, a dra. Luciana Bastianelli digitalizou os trabalhos publicados até 1976 em formato CD-Rom, além de alguns textos em livro impresso, por solicitação do professor dr. Rodolfo Teixeira. Esse material foi publicado pela editora Contexto do seu estabelecimento presente em Salvador. (SANTANA, 2013; TAVARES-NETO, 2008)

No ano de 2004, a GMB retorna com periodicidade semestral por ação do prof. José Tavares-Neto, na época, diretor da FMB. O recomeço em 2004 esteve associado, a princípio, à compilação das teses doutorais de titulados da FMB, datadas de 1840 a 1928, uma vez que um maior grau de cientificidade é atribuído a tais trabalhos, considerados fundamentação para o ensino médico no Brasil. (JACOBINA et al., 2008; TAVARES-NETO, 2008)

Em 2008, ano de grande simbolismo associado à comemoração do bicentenário da FMB, foram disponibilizados, com colaboração da prof. Aldina Barral, as pesquisas publicadas na GMB que foram digitalizados por Bastianelli, assim como números mais recentes, a exemplo dos que podem ser consultados através do site da GMB.<sup>4</sup> (TAVARES-NETO, 2008)

*[...] ele [Tavares] foi nos Estados Unidos. Os caras, lá, numa universidade americana tinham, digital, eletronicamente, toda escaneada a gazeta. Quando ele contou isso: 'isso é uma vergonha'. Os caras têm lá nos Estados Unidos e nós não temos aqui [...] E ele, você vê que Tavares, ele é membro dessa nova geração tropicalista, e ele conseguiu fazer, não só a Luciana Bastianelli botar eletronicamente disponibilizada toda a coleção antiga, como retomar e criar essa revista. (Ronaldo Jacobina)*

*[...] Ela prestou muito serviço, mas a revista, infelizmente, está tendo muitas interrupções e eu tenho muito pouca esperança porque, por falta de dinheiro, falta de um grupo grande interessado e permanente para a edição dessa revista, eu tenho muito*

---

4 Ver em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia>.

*pouca esperança de que ela continue a servir a classe médica como serviu antigamente.*

(Achilea Bittencourt)

## **INSTITUTO COUTO MAIA**

Na história da Medicina Tropical na Bahia, o Instituto Couto Maia (ICOM) possui relevância por ser referência estadual em doenças infecciosas e parasitárias, bem como sua trajetória confluir com a história das epidemias e aparecimento de doenças tropicais na Bahia. Contudo, tendo em vista que o ICOM foi fundado após a fusão dos hospitais Couto Maia e Dom Rodrigo de Menezes, devemos analisar, primeiramente, a contribuição dessas duas instituições para essa história.

A situação que a Bahia se encontrava em meados do século XIX, período de fundação das instituições que se tornariam os dois hospitais mais adiante, não era fácil. As epidemias de febre amarela, em 1850, e da cólera, em 1855, agravaram a crise econômica da época, por dizimarem grande quantidade de vidas, e alteraram as relações afetivas, visto que, por exemplo, os enterros não eram mais realizados nas igrejas e sim em cemitérios. (CHAVES, 2001; DAVID, 1993) Mas essas relações estavam prestes a se tornarem ainda mais complicadas.

Novas medidas de higiene começaram a fazer parte do cotidiano da população baiana, em especial a soteropolitana, já que os focos epidêmicos estavam relacionados principalmente aos navios e tripulantes que aportavam no porto. (ALVES, 2014) Esse cenário acentuava-se pela deficitária condição sanitária da cidade, com esgotos a céu aberto e grande quantidade de lixo nas vias públicas. (FIGUEIREDO, 2010) Nesse contexto, as autoridades implementaram duas ações centrais para controlar a proliferação da epidemia: o Hospital de Isolamento, focado no tratamento dos doentes, e as medidas focadas nos navios, como a quarentena e o Desinfectório de Mont-Serrat. (ALVES, 2014)

O desinfectório objetivava realizar práticas de desinfecção de bagagens e tripulantes oriundos de portos infectados pela epidemia de febre amarela. Além disso, a Comissão de Higiene Pública solicitava ao presidente da província a quarentena dos navios suspeitos de contaminação. (ALVES, 2014) Sobre esta última ação, havia resistência dos comandantes dos navios, visto que tal procedimento atrasava as viagens de exportação e importação dos produtos e eles eram a favor do comércio livre no Brasil. (CHAVES, 2001)

Já os hospitais de isolamento foram fundados pela preocupação das autoridades em ter um lugar específico para acolher os doentes das epidemias. Na visão vigente na época, era essencial que esse local fosse afastado da cidade, de forma a proteger a população. (FIGUEIREDO, 2010)

Ressalta-se as duas teorias principais sobre contágios e infecções na época: os infeccionistas, que defendiam que os miasmas – produtos presentes no ar, oriundos da decomposição de animais e vegetais – originavam as doenças; já os contagionistas, apoiavam a tese de que as doenças surgiam através de um veneno específico que podia se reproduzir no enfermo e, em seguida, se propagar na comunidade. (ALMEIDA, M., 1998)

A Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) participou desse debate na época, tendo em vista duas teses produzidas por seus formandos. Em 1850, Henrique Alvares dos Santos, através da tese *A epidemia que reinou de 1849 a 1850 na cidade da Bahia*, em que versou sobre a febre amarela, argumentou que os miasmas eram responsáveis pelo seu desenvolvimento e que a doença não tinha sido importada. (FIGUEIREDO, 2010) Já em 1856, Francisco José Teixeira Filho defende a tese *A Cholera morbus asiática será contagiosa ou não?*, em que discorreu que as doenças contagiosas pudessem ser transmitidas por objetos usados pelos enfermos e também pelo contato direto, defendendo, portanto, a teoria dos contagionistas. (DAVID, 1993)

É nesse contexto que, em 1853, é fundado o Hospital de Mont-Serrat. Nesse período, devido à sua ligação com o isolamento, acolhimento e tratamento dos acometidos pelas epidemias do século XIX, o local passa a ser referenciado como Hospital de Isolamento de Mont-Serrat (HIMS). O local de instalação foi escolhido levando em consideração os modelos de explicações das doenças, elaborados tanto pelos infeccionistas, como também pelos contagionistas. Dessa forma, o Alto de Mont-Serrat foi escolhido para abrigar o hospital pela distância do centro da cidade, ausência de residências ou comércios perto e pela localização, pois se acreditava que o arvoredo ao seu redor e os ventos trazidos pelo mar tornariam o ar puro e leve, dispersando as epidemias. (FIGUEIREDO, 2010)

A rotina do HIMS durante os momentos de epidemia ocorria conforme a demanda, de modo a lembrar os hospitais de campanha para tratamento das vítimas da covid-19. Após a alta do último doente, contava-se 30 dias para o fechamento temporário do hospital, caso não houvesse admissão de novos pacientes. Em seguida, ele reabriria somente se houvesse procura. (FIGUEIREDO, 2010) Havia também uma questão financeira envolvida nos fechamentos temporários do HIMS, devido à “[...] falta de recursos financeiros para manter um corpo permanente de funcionários, prover alimentação e o tratamento dos doentes, bem como o asseio e conservação do espaço hospitalar”. (SOUZA, 2009, p. 61)

O seu funcionamento, de início, era bastante precário, em casas arrendadas pelo governo provincial, atuando durante os períodos de ondas epidêmicas, como cólera e febre amarela. Posteriormente, foi necessário aumentar a capacidade hospitalar e torná-lo permanente, frente às demandas de epidemias como

varíola, peste bubônica e beribéri, bem como o aumento do fluxo hidroviário de embarcações nacionais e internacionais. Naquela época, a cidade ainda carecia imensamente de saneamento básico, como no manejo de resíduos orgânicos e esgotamento sanitário, fatores que colaboram para o contágio de doenças. (FIGUEIREDO, 2013)

Com a fundação do HIMS e suas atividades, foram necessárias outras instalações de suporte, como um cemitério anexo ao hospital, que preveniu os riscos de contaminação da população por conta da circulação dos corpos das vítimas de doenças infecciosas pelas vias municipais até o cemitério da Massaranduba. Essa iniciativa se baseava tanto na crença nos miasmas como fontes das moléstias, quanto na teoria do contágio. (ALMEIDA, M., 1998) Outra instalação complementar foi uma ponte de desembarque na ponta de Mont-Serrat levantada para encaminhar os enfermos aportados em direção ao hospital pelo mar. Além disso, houve também o Instituto Bacteriológico, a zona impura, o Posto de Saúde nº 2, a Hospedaria de Imigrantes, além da abertura de ruas e criação da linha do bonde. (FIGUEIREDO, 2013)

Entre 1911 e 1936, o HIMS foi gerenciado por Augusto de Couto Maia, médico que dedicou a sua vida à instituição. Antes de ser diretor, em 1904 o médico atuou no hospital como responsável pela enfermagem de emergência para isolamento de pacientes com peste bubônica. Suas contribuições nas ideias a respeito da construção e administração do HIMS evidenciam um conflito importante entre os modelos hospitalares brasileiro e europeu. Esse embate surgiu principalmente nas discussões acerca da construção do Pavilhão Pasteur Grancher na chácara Accioly, uma das obras idealizadas para a ampliação do hospital. (FIGUEIREDO, 2010)

Em 1912, Augusto de Couto Maia, juntamente com o secretário da saúde Pinto de Carvalho posicionaram-se contra a existência do pavilhão nos moldes em que estava sendo pensado. A obra arquitetônica focada nos moldes europeus visava pavilhões fechados, mais apropriado para o clima frio, e sem preparo suficiente para as trocas de equipamentos de proteção individuais, como botas e aventais, para evitar que os profissionais da saúde fossem um vetor de contaminação entre indivíduos com enfermidades diferentes. (FIGUEIREDO, 2010) Por fim, outro ponto que o diretor do HIMS defendeu foi em relação às consequências do isolamento para os doentes, afirmando:

[...] o que seria um pobre homem do povo sem instrução nem hábito de leitura, no mais das vezes sem saber ler, engaiolado numa estufa, sob o calor temível de um sol de verão num clima como o nosso, sem uma conversa para amenisar-lhe a vida, sem companhia de pessoa alguma, num isolamento desolador, triste, tudo isso concorrendo para serem agravados os seus padecimentos. (APEB, 1912, p. 164 apud FIGUEIREDO, 2010, p. 86)

Convém enfatizar que Augusto Maia, apesar de ter estudado na FMB, continuava a aperfeiçoar o seu conhecimento, com intercâmbios na Europa, sempre buscando uma forma de estruturar e aplicar a Medicina em diferentes perspectivas sociais. (FIGUEIREDO, 2010) Ceuci Nunes, infectologista e diretora do ICOM desde 2007 até a atualidade (2021), afirma que “*ele [Couto Maia] soube levar para o Couto Maia todos os médicos de destaque na época*”,<sup>5</sup> o que demonstra o empenho do médico para com as epidemias que assolavam a cidade naqueles anos, e em fortalecer o berço da Medicina Tropical na Bahia. Prova disso foi a dedicação ao construir o novo HIMS. A necessidade surgiu pelo fato de o Hospital de Isolamento começar a tratar outras doenças além da febre amarela. Devido à grande demanda, não bastava apenas reformas do local, mas sim uma nova estruturação, visto que a sua função social estava em processo de expansão. Sobre essa questão, Uzêda (1992, p. 31) destaca:

Este hospital de isolamento era um componente fundamental dentro da política da medicina urbana, pois para ele deveria afluir toda a espécie de agente contagioso e, assim, livrar a cidade do perigo.

Assim, em 1917, a obra iniciou. Em 1920, as obras dos cinco pavilhões do hospital foram inauguradas. Contudo, o local ainda não podia receber os doentes, pois recursos básicos como luz, água, gás e esgoto não estavam instalados. A obra permaneceu em processo de deterioração, com rachaduras nas paredes e vigas de aço corroídas até 1924. Apenas quando Góes Calmon assumiu o governo da Bahia, em 1924, a obra foi reiniciada. Dessa forma, em 1º de janeiro de 1926 o novo HIMS foi aberto. Augusto Maia dirigiu o HIMS até 1936 e, ainda vivo, foi homenageado com o nome da instituição à qual se dedicou, passando a ser então o Hospital Couto Maia. (FIGUEIREDO, 2010)

Além da história do HIMS e posterior Hospital Couto Maia, também convém analisarmos outro hospital de isolamento da época: o Hospital São Cristóvão dos Lázaros, na Quinta dos Padres (Baixa de Quintas), o antigo leprosário de Salvador, dedicado aos cuidados dos pacientes com hanseníase. (SANTOS, 2005)

Os leprosários eram locais que davam assistência e segregavam os indivíduos com hanseníase, chamada de lepra naquela época, do restante da sociedade. Em Salvador, assim como em outros locais, o imaginário social acerca de tal doença estava associado ao temor e repulsa, visto que restava poucos locais de assistência aos doentes e esses “[...] vagavam pelas ruas da cidade e portarias dos conventos a pedir esmolas”. (RIOS, 2001, p. 132)

---

5 Entrevista sobre a história da Medicina Tropical na Bahia com Ceuci de Lima Xavier Nunes, concedida a Elvis Paim Ferreira e Giovanna Harzer Santana. Salvador, BA. 26 jan. 2021.

Tendo em vista essa situação, em 1784, o governador da Bahia, dom Rodrigo José de Menezes, decide fundar um hospital para acolher esses indivíduos. O local escolhido é a Quinta dos Padres (atual Baixa de Quintas), antigo local de repouso dos jesuítas, por esta localidade ser afastada da cidade. (SANTOS, 2005)

A história do tratamento desses indivíduos começa a mudar em 1938, quando a Sociedade Baiana de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra recebe a doação de terras da Fazenda Águas Claras, local onde começa a construção do Hospital Colônia Dom Rodrigo de Menezes. O local contava com prefeitura, teatro, biblioteca e tinha como premissa o tratamento humanizado desses pacientes. Dessa forma, em 1949, os doentes são transferidos para o Hospital Dom Rodrigo de Menezes, e o leprosário fecha suas portas. (SANTOS, 2005)

Nesse período, mais precisamente em 1948, o Hospital Couto Maia criou o seu núcleo de estudos, firmando-se como um hospital que, além de promover assistência ímpar para as patologias infecciosas e parasitárias, também servia de fonte de conhecimento e pesquisa para as escolas médicas da Bahia. (SILVA, 2013)

Acerca das contribuições para a área da Medicina Tropical, Ceuci Nunes resalta que essa é uma contribuição histórica, uma vez que diversas teses sobre doenças tropicais foram desenvolvidas no Hospital Couto Maia. Destaca, ainda, o papel do hospital no desenvolvimento de vacinas para a meningite, em que *“foram estudados os pacientes com meningite do Hospital Couto Maia, que, historicamente, era um hospital que internava [...] 72% dos casos de meningite [...] do estado da Bahia”*. Conta também que a instituição foi essencial para o combate à leptospirose, uma vez que desenvolveu, junto à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), um teste rápido para a doença.

É evidente que o Hospital Couto Maia tem uma vasta produção científica nessa área, contribuindo, portanto, para o fortalecimento da Medicina Tropical na Bahia. Ao analisar as pesquisas realizadas no hospital entre 1951 e 2011, observa-se que os três primeiros temas com maior frequência de estudos são doenças tropicais: meningites/meningoencefalites, leptospiroses e febre tifoide. (SILVA, 2013)

Na essência do seu funcionamento, o Hospital Couto Maia mantém uma equipe com expertise na área de doenças infecciosas e parasitárias que é extremamente importante para, hoje, essa instituição ser referência. Acerca dessa cultura, a diretoria do hospital relata que esse conhecimento não se restringe somente à equipe de profissionais da área da saúde, mas também a todos que atuam no local, e é importante para atingir os resultados de êxito no tratamento, visto que muitas patologias agudas necessitam de rápidas intervenções.

Desde a sua fundação até a atualidade, o Hospital Couto Maia teve diversas mudanças. Ceuci Nunes conta que, desde a década de 1970, já havia a necessi-

dade de um novo Couto Maia e isso se dava pela estrutura precária do hospital, que impossibilitava, inclusive, o cumprimento das novas normas da vigilância sanitária. Já no século XXI, a exclusão causada pelos leprosários que “funcionavam como uma microcidade”, começou a ser questionada e vários destes locais foram fechados. Então, surgiu a ideia de fundir o Hospital Colônia Dom Rodrigo de Menezes e o Hospital Couto Maia, já que ambos prestavam assistência aos mesmos tipos de doenças.

Dessa forma, em 2012 alguns pacientes do Hospital Dom Rodrigo de Menezes foram transferidos para o Hospital Couto Maia. Em 2013, o Hospital Dom Rodrigo de Menezes foi desativado completamente, para dar lugar ao ICOM, que foi inaugurado em 2018.

Porém, desde março de 2020 o ICOM enfrenta novos desafios. Na pandemia por SARS-CoV-2, o instituto conseguiu, não apenas ser o primeiro na Bahia a reestruturar o seu funcionamento para atuar como hospital de referência na área, como também atua na vanguarda na criação de protocolos e educação em saúde para a população em geral. Sobre essa questão, Ceuci Nunes evidencia como o Sistema Único de Saúde (SUS) foi parte essencial para esses resultados:

*Na verdade, na Bahia, nós fomos o primeiro hospital a ser transformado em hospital covid. É importante a gente dizer isso, pra ficar, inclusive, relatado, que só foi possível isso porque a gente tem um SUS, um Sistema Único de Saúde. [...] a gente tem uma regulação de pacientes que é unificada. Isso é extremamente importante. (Ceuci Nunes)*

Além da criação de vídeos sobre utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), divulgados amplamente para a população, a equipe do ICOM também foi procurada para orientar diversas unidades de saúde acerca do manejo dos pacientes, servindo de modelo mesmo em um período tão difícil.

Portanto, é evidente o papel primordial que o Hospital Couto Maia e atual ICOM possuem na fortificação da Medicina Tropical na Bahia.

## **ATUALIDADES DA PESQUISA EM MEDICINA TROPICAL**

A prevalência de doenças tropicais negligenciadas (DTNs) no mundo é desigualmente distribuída. Essas doenças são mais prevalentes na América Latina, Caribe, África e Ásia. (DUJARDIN et al., 2010) É importante destacar a distribuição espacial da prevalência, e em especial a mortalidade relacionada às DTNs, que está associada com menores condições socioeconômicas e sanitárias, bem como indicadores climáticos dos países em regiões tropicais e referentes às mudanças ambientais. (ALMEIDA, T. et al., 2017)

Mesmo no século XXI, com avanços em tratamentos e métodos diagnósticos para diversas patologias, a situação epidemiológica do Brasil aponta que o país é o responsável pela maior carga de doença devida às doenças tropicais negligenciadas na América Latina e no Caribe. (MARTINS-MELO; RAMOS JÚNIOR; HEUKELBACH, 2016) No caso da dengue, por exemplo, estima-se que 40% a 63% de todos os casos da América Latina ocorrem no Brasil. Em outras doenças, como a esquistossomose, esse percentual é ainda mais elevado, chegando a até 96%. (MELO, 2015)

Nesse contexto, a falta de políticas públicas estruturadas e eficazes para o enfrentamento a essas doenças torna a situação ainda mais crítica. Apesar da substancial mortalidade em decorrência desse cenário e do potencial risco de 100 milhões de pessoas desenvolverem uma ou mais DTNs no Brasil, ainda há o descompasso entre investimento atual em pesquisa na área e a conjuntura em que o país se encontra. (PEDRIQUE et al., 2013)

Um estudo analisou os bancos de dados da Agência Europeia de Medicamentos, Food and Drug Administration nos Estados Unidos, e também as agências regulatórias dos países signatários da Convenção de Inspeção Farmacêutica e Esquema de Cooperação em Inspeção Farmacêutica, do qual o Brasil faz parte. A investigação considerou os medicamentos e vacinas aprovados por essas instituições entre 2000 e 2011 e concluiu que, dos 850 novos produtos terapêuticos registrados nesse período, apenas 37 (4%) eram destinados para doenças tropicais negligenciadas. Vale ressaltar que a carga global dessas doenças seja estimada em 11%. (PEDRIQUE et al., 2013)

Todavia, ao analisar a tendência de desenvolvimento de medicamentos e vacinas entre 1975 e 1999, observa-se que apenas 1,1% dos métodos farmacêuticos aprovados foram destinados para DTNs. (TROUILLIER et al., 2002) Dessa forma, há evidência de uma ligeira melhora ao longo dos anos. Contudo, também se observa a ratificação do desequilíbrio e insuficiência persistentes no desenvolvimento da terapêutica adequada para essas doenças.

No Brasil, observa-se a convergência entre as doenças tropicais negligenciadas estudadas pelos pesquisadores e o Plano Nacional de Saúde. Ou seja, há o alinhamento entre o perfil da produção científica brasileira sobre o assunto e as necessidades da população, ainda que existam doenças chamadas de “ultranegligenciadas”, devido à baixa abordagem tanto no meio científico como também nas políticas de atenção à saúde. (SOBRAL, 2019)

Esse contexto também foi comentado pelo dr. José Carlos Bina, ao nos contar sobre as perspectivas para a produção científica na área da Medicina Tropical e afirmar que “*os trabalhos brasileiros com repercussão internacional, em revistas de alto nível, são na área das doenças tropicais*”. Barral e Barral-Neto (2008) dis-



correm sobre tal construção de conhecimento e concluem que, entre 1998 e 2007, Medicina Tropical foi a segunda área do conhecimento com maior número de artigos provenientes da FMB. Tais evidências mostram que, ainda hoje, os pesquisadores da Bahia bebem das fontes dos tropicalistas e continuam a escrever a história dessa área dentro das ciências médicas.

A falta de interesse da indústria farmacêutica no investimento para produzir medicamentos a baixo custo para doenças tropicais negligenciadas, também é pontuada pelo dr. José Carlos Bina, que afirma que “*eles não têm interesse porque não compensa. A indústria farmacêutica [...] é, infelizmente, uma indústria que visa lucro*”. Tal cenário também foi investigado por outros autores, a nível global, que concluíram que a pesquisa nessa área tem pouco retorno financeiro para essa indústria, fazendo com que os recursos sejam mais investidos por iniciativas públicas, privadas e parcerias público-privadas. (TROUILLIER et al., 2002)

Entretanto, ainda é notável a falta de educação em saúde, com ações visando a conscientização da população de risco sobre as formas de prevenção, controle e manejo dessas doenças, assim como maior mobilização social nos conselhos de saúde, para exigir recursos e políticas eficazes de acordo com as demandas de cada região.

Dessa forma, em uma perspectiva do futuro da Medicina Tropical na Bahia e no Brasil, torna-se essencial a priorização das ações de enfrentamento das doenças tropicais negligenciadas, tanto no âmbito da pesquisa, a partir de uma visão não mercantilizada da saúde, como também tendo um olhar para os determinantes sociais em saúde, tão significativos nessa conjuntura. Nesse sentido, para concluir, os entrevistados que abrilhantaram este capítulo com os seus depoimentos, comentam sobre suas perspectivas para o futuro da Medicina Tropical.

*[...] Mas não podemos esquecer que essas doenças [tropicais] ainda existem. Melhor hoje. Se você comparar uma enfermaria em que metade dos leitos internatos eram de doenças de Chagas ou esquistossomose, forma grave, e hoje você praticamente não vê, já é um avanço muito grande! Por quê? Que tipo de avanço? Por incrível que pareça, o pouco que melhorou funcionou: saneamento básico, água potável, medicamentos fáceis de serem utilizados para tratamento das verminoses, das protozooses. (José Carlos Bina)*

*[...] A expectativa é que surjam outras doenças. Por quê? Porque o homem tá invadindo o espaço dos animais, onde tem microorganismos que não tinham essa interação com o humano. A gente já sabe que, provavelmente, a aids veio disso, é uma das hipóteses. O covid, o coronavírus também veio de animais. O zika, chikungunya, dengue. Então, a gente vai adentrando esses ambientes e vamos tendo contato com novos microorganismos, e é isso que tá acontecendo. Então, assim, a impressão que eu tenho é que a*

*Medicina Tropical e, antigamente, era extremamente importante porque o nosso perfil epidemiológico era das doenças infecciosas em primeiro lugar e foi perdendo espaço porque, na verdade, a gente passou a ter um perfil epidemiológico misto, de doenças infecciosas mais doenças crônicas. Então, essas doenças infecciosas, elas vão ter, no futuro próximo, também um grande destaque. Exatamente porque vai, inclusive, pegar populações, países, e tal, onde o clima tá aquecendo. Então, a gente passa a favorecer a existência dessas doenças. (Ceuci Nunes)*

*[...] Se centrar na noção dos determinantes sociais, de ver essas doenças infecciosas e parasitárias, ver essas doenças que tem a mediação pelo vetor, ver as doenças verminóticas que estão ligadas às condições de água, às condições de saneamento, que são as condições de vida. Ver as doenças que estão ligadas ao processo de escolaridade, que as pessoas não se protegem porque não têm o conhecimento básico. Então, um grande desafio. Se a gente for construir nossa sociedade mais justa, mais equânime, a gente vai ter condições de enfrentar, fazer a outra pessoa ter noção pra fazer o tratamento mais precoce e a gente superar essas doenças, como algumas foram superadas, outras diminuídas. (Ronaldo Jacobina)*

*[...] Eu diria o seguinte: considerando o que representa a Fiocruz, os pesquisadores da Fiocruz, é claro que são as melhores perspectivas [sobre o futuro da Medicina Tropical]. Até porque eles têm verba federal, mas, só fica uma pequena sombra porque, no Brasil, alguns cortes tão sendo feitos. Inclusive, no Conselho Nacional de Pesquisas, eu não sei como é que isso vai ficar. Mas, apesar disso, as perspectivas são muito boas. (Achilea Bittencourt)*

Para entender a Medicina Tropical na Bahia, é necessário situar os contextos históricos, sanitários e ideológicos em que se encontram as personagens dessa narrativa. Primeiramente, a Medicina Tropical possui esta nomenclatura por inspiração do médico Pedro Nava (1949) e popularizada pelos trabalhos de Antonio Carlos Coni (1952), através dos quais foi evidenciada a importância de compreender a Medicina Tropical baiana do século XIX como a Escola Tropicalista Baiana. (CONI, 1952; JACOBINA et al., 2008)

Basicamente, esta dedicava-se a estudar cientificamente, com foco nas doenças parasitológicas, o determinismo racial e climatológico, corrente de pensamento pseudocientífico europeu que acreditava na ideia de haver uma degeneração física e psíquica nos habitantes dos trópicos. Com o passar do tempo, a noção que influenciou o pensamento europeu do século XIX foi ficando mais clara e evidente, e não se tratava de determinismo, mas de determinantes sociais.

As desigualdades social, econômica e racial, a pobreza, a falta de saneamento básico, higiene e assistência médica, o ambiente favorável para presença de agentes parasitários, entre outros fatores e determinantes sociais, bem como as condições climáticas e socioambientais favoráveis para a ocorrência de parasitoses, eram o que tornavam os brasileiros, sobretudo pretos, pardos e nativos, mais susceptíveis a contrair as doenças parasitárias e ter o quadro agravado.

Sendo assim, é interessante abordar a história da Medicina Tropical na Bahia no século XX até a contemporaneidade a partir do entendimento de que essa história está ligada ao desenvolvimento de instituições que apresentam interconexão e à uma ideologia de redução a desigualdades sociais, espelhada no combate a doenças negligenciadas. Nesse sentido, é importante destacar a relação entre a Escola Tropicalista Baiana e a FMB, uma vez que já existiam docentes da FMB e, inclusive, um estudante, desde a fundação da escola. Ademais, nesse contexto, a *Gazeta Médica da Bahia*, a revista criada pela Escola Tropicalista, também se caracteriza como um elemento ligado à FMB.

Outrossim, faz-se importante a ressalva da tradição de pesquisa em Medicina Tropical na Bahia estabelecida por influência da escola e o reflexo dela em setores da faculdade como a Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas e o Núcleo de Anatomia Patológica. Recomenda-se evidenciar a importância da FGM no reaparecimento das pesquisas acerca de doenças tropicais no estado e a mútua influência que existia entre a FGM e a FMB.

Somado a isso, deve ser abordado o papel do ICOM no enfrentamento a epidemias e a doenças tropicais, além de expor a manutenção, na contemporaneidade, de problemáticas associadas às DTNs. E, por fim, explorar acerca do cenário atual da Medicina Tropical na Bahia, de modo a compreender a importância desse campo, os avanços científicos alcançados, seus impactos, desafios, novas demandas e perspectivas futuras a respeito da Medicina.

Por conta dos avanços científicos, socioeconômicos, educacionais e de saúde e saneamento básico, os índices de morbidade e mortalidade ligados às doenças tropicais no geral são muito menores no século XXI do que antes. Todavia, ainda persistem e continuam a estar relacionadas essencialmente às populações mais vulneráveis, o que as tornam negligenciadas, devido à diminuição da demanda por assistência médica e à falta de mercado consumidor atrativo para a indústria farmacêutica.

Em contrapartida, a covid-19, apesar de acometer em maior proporção também os mais desfavorecidos socialmente, possui maior transmissibilidade e atinge as pessoas mais abastadas em proporção muito maior em comparação às doenças tropicais. Esse fator contribuiu imensamente para que o mundo todo se empenhasse prontamente na busca por tratamentos específicos e medidas de prevenção.

Em suma, o fato de a covid-19 atingir também os países desenvolvidos e classes socioeconômicas mais altas torna o mercado favorável para o investimento em pesquisas científicas e desenvolvimento tecnológico, diferentemente das doenças tropicais negligenciadas, que não possuem a devida atenção e perduram até hoje.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. de. *República dos invisíveis*: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- ALMEIDA, T. S. O. de *et al.* Delineamento das doenças tropicais negligenciadas no Brasil e o seu impacto social. *Revista InterScientia*, João Pessoa, v. 5, n. 2, p. 69-91, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/403>. Acesso em: 28 jan. 2021.
- ALVES, J. F. Emigração e sanitarismo: Porto e Brasil no século XIX. *Ler História*, Lisboa, n. 48, p. 141-156, 22 fev. 2014. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/9311>. Acesso em: 27 jan. 2021.
- ANDRADE, Z. A.; ANDRADE, S. G. O Histórico da Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 93-100, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10901/2/Andrade%20ZA%20O%20Historico....pdf>. Acesso em: 29 jan. 2021.
- BARRAL, A.; BARRAL-NETO, M. A Faculdade de Medicina da Bahia e a Ciência Médica. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, supl. 1, p. 117-120, 2008. Disponível em: <http://>

www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/273/264. Acesso em: 3 fev. 2021.

CHAVES, C. de L. *De um porto a outro: a Bahia e o prata (1850-1889)*. 2001. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001. Disponível em: [https://ppgh.ufba.br/sites/ppgh.ufba.br/files/2001.\\_chaves\\_cleide\\_de\\_lima\\_chaves.\\_de\\_um\\_porto\\_a\\_outro\\_a\\_bahia\\_e\\_o\\_prata.\\_1850-1889.pdf](https://ppgh.ufba.br/sites/ppgh.ufba.br/files/2001._chaves_cleide_de_lima_chaves._de_um_porto_a_outro_a_bahia_e_o_prata._1850-1889.pdf). Acesso em: 20 jan. 2021.

CONI, A. C. *A Escola Tropicalista Baiana*. Salvador: Livraria Progresso Editora, 1952

DAVID, O. R. *O inimigo invisível: a epidemia do Cólera na Bahia 1885-1856*. 1993. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1993. Disponível em: [https://ppgh.ufba.br/sites/ppgh.ufba.br/files/1993.\\_david\\_onildo\\_reis.\\_o\\_inimigo\\_invisivel.\\_a\\_epidemia\\_do\\_colera\\_na\\_bahia\\_em\\_1855-56.pdf](https://ppgh.ufba.br/sites/ppgh.ufba.br/files/1993._david_onildo_reis._o_inimigo_invisivel._a_epidemia_do_colera_na_bahia_em_1855-56.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.

DUJARDIN, J. C. *et al.* Research Priorities for Neglected Infectious Diseases in Latin America and the Caribbean Region. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, San Francisco, v. 4, n. 10, p. e780, 26 out. 2010. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0000780>. Acesso em: 31 jan. 2021.

FIGUEIREDO, M. de F. L. *Hospital Couto Maia: uma memória histórica (1853-1936)*. 2010. Dissertação (Mestrado em Ensino, Filosofia e História das Ciências) – Universidade Federal da Bahia, Salvador; Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/15968>. Acesso em: 5 jan. 2021.

FIGUEIREDO, M. de F. L. Hospital Couto Maia: uma memória histórica (1853-1936). *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, supl. 1, p. 90-107, 2013. Disponível em: [http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37nSupl\\_1/a3427.pdf](http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37nSupl_1/a3427.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.

FONSECA, M. R. F da. Pereira, Antonio Pacífico. *In: DICIONÁRIO Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, [201-?]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/index.php>. Acesso em: 27 jan. 2021.

JACOBINA, R. R. *et al.* 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: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/971/950>. Acesso em: 29 jan. 2021.

MARTINS-MELO, F. R.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; HEUKELBACH, J. Mortalidade relacionada às doenças tropicais negligenciadas no Brasil, 2000-2011: magnitude, padrões espaço-temporais e fatores associados. *Revista de Medicina da UFC*, Fortaleza, v. 56, n. 1, p. 79-80, 2016.

MELO, F. R. M. de. *Mortalidade relacionada às doenças tropicais negligenciadas no Brasil, 2000-2001: magnitude, padrões espaço-temporais e fatores associados*. 2015.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://uab.capes.gov.br/images/stories/download/pct/2016/Teses-Premiadas/Saude-Coletiva-Francisco-Rogerlandio-Martins-Melo.PDF>. Acesso em: 20 jan. 2021.

PEARL, J. *Race, place and medicine: the idea of the tropics in Nineteenth-Century Brazil*. Durham: Duke University Press, 1999.

PEDRIQUE, B. *et al.* The drug and vaccine landscape for neglected diseases (2000-2011): a systematic assessment. *The Lancet Global Health*, London, v. 1, n. 6, p. E371-E379, 1 dez. 2013. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(13\)70078-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(13)70078-0/fulltext). Acesso em: 1 fev. 2021.

RIOS, V. D. B. *Entre a vida e a morte: médicos, medicina e medicalização na cidade do Salvador (1860-1880)*. 2001. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001. Disponível em: [https://ppgh.ufba.br/sites/ppgh.ufba.br/files/2001\\_rios\\_venetia\\_durando\\_braga\\_entre\\_a\\_vida\\_e\\_a\\_morte\\_medicina\\_medicos\\_e\\_medicalizacao\\_na\\_cidade\\_de\\_salvador\\_1860-1880.pdf](https://ppgh.ufba.br/sites/ppgh.ufba.br/files/2001_rios_venetia_durando_braga_entre_a_vida_e_a_morte_medicina_medicos_e_medicalizacao_na_cidade_de_salvador_1860-1880.pdf). Acesso em: 27 jan. 2021.

SANTANA, C. *Comunicação Científica na Medicina Tropical no contexto de Ciência da Computação (séculos XIX e XX)*. 2013. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18157/1/Tese%20Final%20Celeste.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2021.

SANTOS, M. E. P. dos. *Hospital São Cristóvão dos Lázaros: entre os muros da exclusão*. 2013. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/11752>. Acesso em: 27 jan. 2021.

SILVA, D. F. Hospital Couto Maia como fonte de pesquisa científica nas áreas das doenças infecciosas: Levantamento bibliográfico de 1951 a 2011. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, supl. 1, p. 144-179, 2013. Disponível em: [http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37nSupl\\_1/a3431.pdf](http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37nSupl_1/a3431.pdf). Acesso em: 22 jan. 2021.

SOBRAL, N. V. *Pesquisadores em doenças tropicais negligenciadas no Brasil: produção científica e convergências com o Plano Nacional de Saúde (2016 a 2019)*. 2019. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/31156>. Acesso em: 6 jan. 2021.

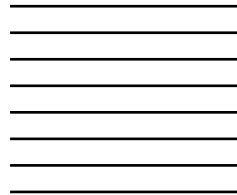
SOUZA, C. M. C. de. Sob o Império da Doença: sanear e modernizar a cidade da Bahia. *In: SOUZA, C. M. C. de. A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 37-90.

TAVARES-NETO, J. Gazeta Médica da Bahia: apresentação. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 2008. Disponível em: [www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia](http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia). Acesso em: 4 fev. 2021.

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

TROUILLIER, P. *et al.* Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure. *The Lancet Public Health*, London, v. 359, n. 9324, p. 2188-2194, 22 jun. 2002. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)09096-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)09096-7/fulltext). Acesso em: 1 fev. 2021.

UZÊDA, J. A. *A morte vigiada: A cidade do Salvador e a prática da medicina urbana (1890-1930)*. 2006. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1992. Disponível em: [https://ppgh.ufba.br/sites/ppgh.ufba.br/files/1\\_a\\_morte\\_vigiada.\\_a\\_cidade\\_do\\_salvador\\_e\\_a\\_pratica\\_da\\_medicina\\_urbana.\\_1890-1930.pdf](https://ppgh.ufba.br/sites/ppgh.ufba.br/files/1_a_morte_vigiada._a_cidade_do_salvador_e_a_pratica_da_medicina_urbana._1890-1930.pdf). Acesso em: 25 jan. 2021.



## 13

# HISTÓRIA DA DERMATOLOGIA

*Ana Beatriz Rodrigues de Lira*  
*Catarina Chaves Martins*  
*Hortênsia Moraes dos Reis*  
*Mônica Andressa da Silva de Freitas*  
*Pedro Sammuel Mota Souza*  
*Tamires Cardoso de Castro Dourado*  
*Yasmin Viana Guimarães Reis*

## INTRODUÇÃO

A Dermatologia é uma especialidade médica que se debruça sobre o diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e afecções relacionadas à pele, mucosas, cabelos e unhas. É uma área de conhecimento que também é indicada para atuação em procedimentos oncológicos, cirúrgicos e estéticos. Compõe o grupo de especialidades em que há a associação entre as habilidades técnicas e a base cognitiva das ciências médicas, intermediando essas duas áreas distintas.

A história desta área de atuação é iniciada na França entre os séculos XV e XVI, onde os problemas cutâneos passaram a interessar médicos. Há consenso entre os



historiadores que não existiu uma Dermatologia brasileira antes do final do século XIX, pensando em uma forma estruturada de especialização como é conhecido atualmente. Nesse ínterim, o tratamento das doenças de pele em nosso país ocorria dentro de práticas herdadas dos indígenas e dos usos da Medicina generalista para aqui trazida pelos físicos e religiosos pertencentes aos povos colonizadores, com destaque para o português, havendo participação também das práticas de cura trazidas pelos escravos africanos.

Em 1882 houve a instalação do primeiro Serviço Clínico de Doenças da Pele na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, dando início a história da Dermatologia no país enquanto prática estruturada. No estado da Bahia, passou a integrar as disciplinas da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) em 1882, durante a reforma Leoncio de Carvalho, contando com médicos, como Juliano Moreira, que foram expoentes do estudo e da identificação de enfermidades de pele no estado, como a leishmaniose.

Em 4 de fevereiro de 1912, um grupo de 18 médicos fundou oficialmente a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), em uma sessão inaugural ocorrida no Pavilhão Miguel Couto, da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Esse fato foi um marco para o estudo da Dermatologia no país, haja vista que houve fomento para ensino e pesquisa sobre as afecções dermatológicas no país.

## **CRIAÇÃO DA CADEIRA DE DERMATOLOGIA NA FACULDADE DE MEDICINA NA BAHIA**

O ensino da Dermatologia foi incorporado às disciplinas da FMB durante a reforma Leoncio de Carvalho no período de 1882 e 1883 e se intitulava “Clínica das Doenças Cutâneas e Sifilíticas”. O professor encarregado foi o então professor adjunto Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira. (GUIMARÃES, 2007)

No período que antecedeu o concurso para lente da disciplina, doutor Alexandre Cerqueira se encontrava em uma viagem na Europa, porém, quando tomou conhecimento disso, imediatamente voltou ao Brasil para pleitear a vaga. A tese apresentada, *Lupus Vulgar*, ficou pronta em apenas dois meses e resultou em sua aprovação. (CERQUEIRA, 1885) Em 1885, Alexandre Cerqueira foi nomeado pelo imperador d. Pedro II e tornou-se o primeiro professor catedrático da cadeira no Brasil. (GUIMARÃES, 2007)

A disciplina era lecionada na enfermaria São Joaquim de moléstias dermatológicas e sifilíticas, clínicas do Hospital Santa Izabel, da Santa Casa de Misericórdia até 1948 com a fundação do Hospital das Clínicas. Desse modo, o local funcionava, além da assistência aos pacientes, como um setor de observação e aprendizado para médicos e estudantes da FMB. (BATISTA, 2015)

Alexandre Cerqueira foi uma figura generosa e isso atraiu um dos grandes nomes da história da Medicina para o campo da Dermatologia – Juliano Moreira. Segundo Jacobina (2019), Juliano foi uma figura de extensa genialidade e deu seus primeiros passos na Medicina aos 14 anos, idade que ingressou no curso na FMB. Aos 16 anos, em 1890, no 5º ano do curso, passou a integrar como interno, aprovado por concurso, a Clínica de Dermatologia e doenças sifilíticas. E aos 17 anos, em sua formação, para angariar o título de doutor em Medicina e Cirurgia ele apresentou a tese inaugural *Etiologia da Sífilis maligna precoce*. (JACOBINA, 2019)

A tese de Juliano além do aspecto científico – uma obra com citações em sete línguas – trazia um teor social sobre a sífilis. Em entrevista,<sup>1</sup> o dr. Ronaldo Jacobina elucidada:

*E por que ele escolheu sífilis maligna e precoce? Diziam que a sífilis era mais maligna e mais precoce nos climas quentes e nos negros e aí que ele constrói essa tese numa perspectiva social. Ele vai mostrar que encontra diversos grupos – asiáticos, negros, portugueses – que apresentam casos graves. Ele desmonta o pensamento da época e encontra a resposta na fome, na pobreza, no tratamento tardio e até no caráter ocupacional.*

É importante notar que a inserção da cadeira de Clínicas e Moléstias Cutâneas na Bahia foi marcada por um período em que não só a Medicina começava a se especializar como também havia o enfrentamento no estado de um problema de saúde pública: a sífilis. (CARRERA, 1996)

O segundo catedrático da cadeira de Dermatologia e Sifilografia, aprovado por concurso em 1915, foi Albino Arthur da Silva Leitão. Na época em que foi aprovado era professor assistente da disciplina e atuava como substituto. (JACOBINA, 2008) Segundo Guimarães (2007), o exercício da Dermatologia era centrado no atendimento filantropo em uma cidade vizinha a capital e não realizava publicações na área.

Em 1945, Albino Arthur da Silva Leitão se aposentou de forma compulsória para que o prof. Flaviano Imbassahy da Silva, ávido pesquisador, tivesse oportunidade de assumir. Flaviano foi um dos grandes nomes da Dermatologia, reconhecido por suas inúmeras contribuições no âmbito da Dermatologia:

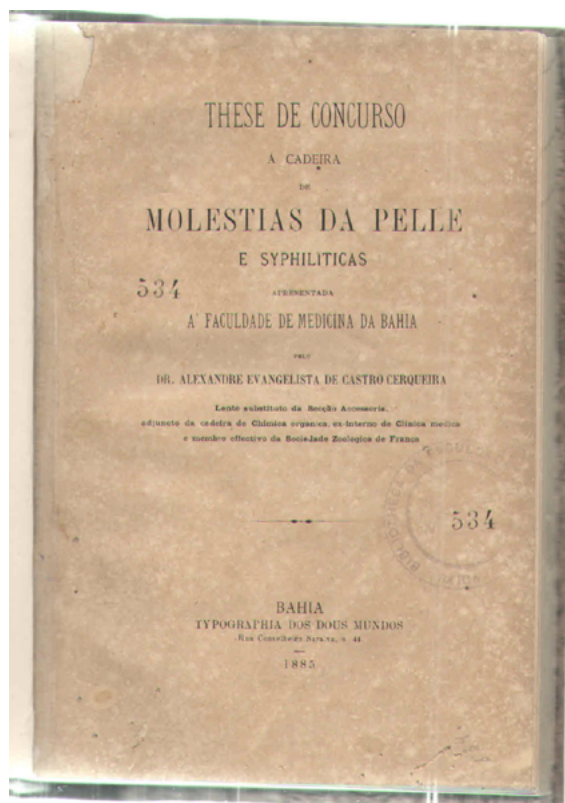
[...] Membro correspondente ou honorário de várias sociedades nacionais e estrangeiras; seu nome é um dos raros de autores brasileiros e figurarem no

---

1 Entrevista concedida por Reinaldo Ribeiro Jacobina, em chamada de vídeo, em setembro de 2021.

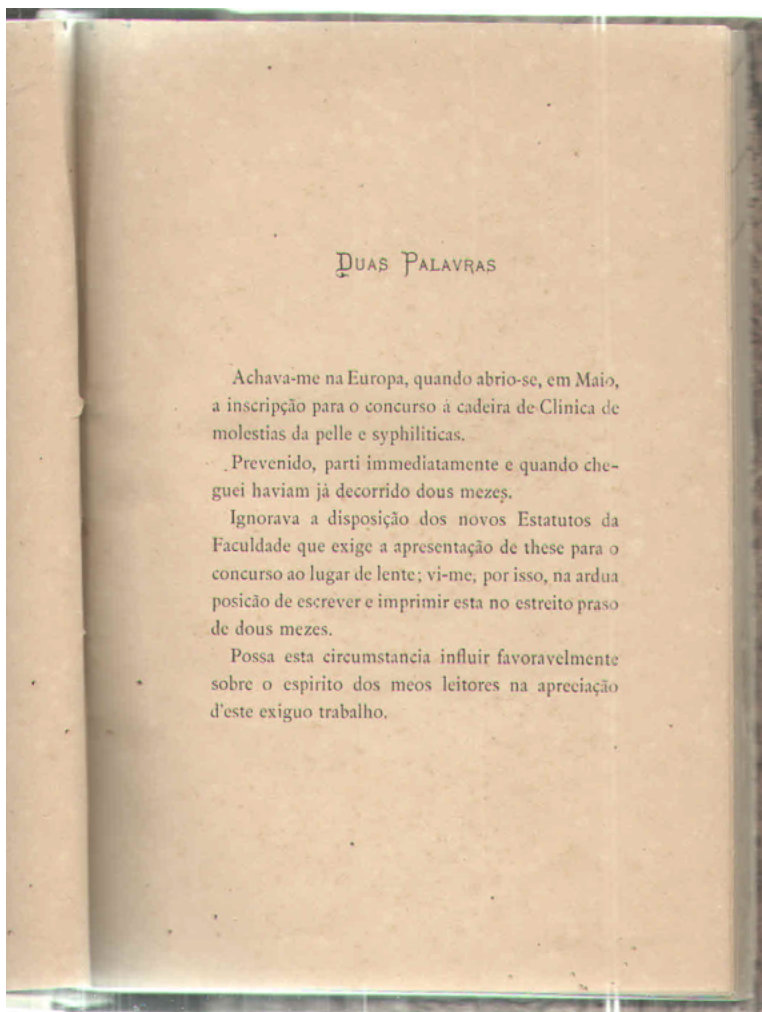
clássico Atlas publicado em Budapeste quando do I Congresso Internacional de Dermatologia, o *CORPUS ICONUM MORBORUM CUTANEORUM* de Nekam, como também na primeira edição da bíblia da dermatologia alemã, o tratado de Jadassonh. Recebeu a medalha Gaspar Viana, a maior honraria que concede a Sociedade Brasileira de Dermatologia, e foi o segundo membro dessa Sociedade elevado a categoria de Sócio Honorário, no particular precedido apenas pelo sábio Adolfo Lutz. (GUIMARÃES, 2007, p. 194, grifo do autor)

Em 1949, após aposentadoria compulsória do prof. Flaviano Imbassahy da Silva, o prof. Newton Guimarães assumiu a cadeira – o último a ocupar a posição a qual exerceu com distinção. (GUIMARÃES, 2007)



**Figura 1** – Tese de concurso do dr. Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira  
Fonte: Repositório da UFBA, 2013.<sup>2</sup>

2 Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12756>.



**Figura 2** – Prefácio da tese de concurso do dr. Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira  
Fonte: Repositório da UFBA, 2013.<sup>3</sup>

## LEISHMANIOSE NA BAHIA

A vinda da corte portuguesa para o Brasil, em 1808, trouxe desenvolvimento técnico-científico para colônia brasileira, descentralizando os interesses político-econômicos da época, que anteriormente estavam voltados para Portugal. A vivência da corte portuguesa no Brasil gerou reconhecimento da presença e morbidade de doenças tropicais, o que exigiu densa adaptação da tecnologia e infraestrutura da época. Nesse sentido, a FMB, primeira faculdade nacional, teve

<sup>3</sup> Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12756>.

uma evidente importância para a história da ciência nacional e internacional, ao realizar estudos relacionados a doenças tropicais, os quais foram norteadores para reformas e políticas de saúde.

A leishmaniose é uma doença infectocontagiosa que possui relatos antigos desde antes de Cristo. Previamente à sua descoberta, foi descrita em diversos países da Ásia e África, tendo recebido nomes de acordo com as manifestações da doença e a cultura local como “botão de Aleppo” na Síria e “botão de Biskra” na Argélia. Em uma expedição francesa à Índia, em 1876, médicos a denominaram botão do Oriente, devido ao formato redondo da úlcera causada pela infecção.

No Brasil, em 1895, a doença tinha sido relatada popularmente como “botão da Bahia”. No mesmo ano, Juliano Moreira (1873-1933), membro da FMB, publicou na *Gazeta Médica da Bahia* um trabalho denominado “Existe na Bahia o botão de Biskra? Estudo clínico”, em que ele abordou as manifestações clínicas de casos atendidos por ele nos quais a principal suspeita diagnóstica era o então botão de Biskra, além disso ele descartava outros possíveis diagnósticos diferenciais. Hoje, a publicação pode ser considerada a primeira descrição de leishmaniose tegumentar americana. (MOREIRA, 1895)

Juliano Moreira também discorreu sobre a possibilidade de a doença ser transmitida pela picada de um inseto. Observando relatos de seus pacientes, ele notou que a úlcera na pele ocorria depois da picada do mosquito muruim. Na época, essa observação não foi levada adiante nas pesquisas científicas, já que, a transmissão de doenças por vetores era pouco conhecida pela ciência médica.

Em uma segunda publicação, Juliano Moreira relacionou a doença à geografia da sua endemicidade, propondo o nome de “botão endêmico dos países quentes”, o que rendeu a tese de doutorado, *Considerações sobre o Botão endêmico dos países quentes*, de José Adeodato de Souza, também membro da FMB.

O professor de Parasitologia da FMB, Manuel Augusto Pirajá da Silva (1873-1961) estudava lâminas e cortes de lesões de casos do botão da Bahia, chegando a observar, em 1910, protozoários flagelados nas lâminas, confirmando que o botão da Bahia estava associado ao botão do oriente. Seu estudo lhe rendeu a publicação nomeada “La leishmaniose cutanée a Bahia”, em um periódico parisiense, *Archives de Parasitologie*, 1912, disponível na Bibliotheca Gonçalo Moniz da FMB da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em sua sede no Terreiro de Jesus.

Em 1907, surgiu uma epidemia de casos na região de Bauru, São Paulo. Nessa época, a região sudeste estava se tornando o centro da economia brasileira devido à produção de café, e seu escoamento para região portuária necessitou da criação de ferrovias, os operários da ferrovia passaram a apresentar úlceras, que posteriormente foram denominadas úlceras de Bauru. Os casos foram se tornando frequentes a ponto de serem considerados o quarto maior problema de saúde pública de São Paulo.

Nessa época, o Rio de Janeiro enfrentava uma crise sanitária e Oswaldo Cruz propôs a criação de um centro de investigação similar ao Instituto Pasteur de Paris para o enfrentamento da febre amarela, varíola e peste bubônica. Assim, foi criado o Instituto Oswaldo Cruz, que possuía três pilares: fabricação de produtos biológicos, a pesquisa e o ensino. Tal instituto foi de extrema importância para a Medicina Tropical, sendo responsável pelo desenvolvimento de estudos como a descoberta do *Trypanosoma cruzi* por Carlos Chagas e da *Leishmania brasiliensis* por Gaspar Vianna.

Em 1912, a leishmaniose tornou-se o maior tema de discussões médicas no Brasil. Chegando a ser alvo de publicações alarmantes como a ameaça de uma “nova lepra”. Nesse novo cenário, foi criada a SBD, da qual participaram nomes como Juliano Moreira, Gaspar Vianna e Adolfo Lutz.

Gaspar Vianna, ao aprofundar seus estudos, descobriu que o tártaro emético endovenoso, apesar de sua toxicidade, era capaz de tratar a leishmaniose cutânea. O medicamento foi utilizado em diversos países, tendo importante impacto na redução da mortalidade.

Entre as décadas de 1930 e 1950, o projeto nacionalista desenvolvimentista do governo de Getúlio Vargas, objetivou a erradicação ou controle de doenças endêmicas por meio de medicamentos, inseticidas e medidas preventivas. Tais intervenções reduziram drasticamente a incidência e prevalência da leishmaniose cutânea.

Até que na década de 1950, ocorreu uma nova epidemia de casos na região Nordeste, que gerou bastante preocupação, devido à grande emigração da população nordestina para a construção da nova capital, com isso, o governo do presidente Juscelino Kubitschek, prometeu abolir cinco endemias: boubá, doença de Chagas, bócio, tracoma e leishmaniose. Viabilizando transformações nos aparatos públicos de saúde e incentivos a pesquisas sobre leishmaniose e outras doenças endêmicas.

Muitos estudos foram desenvolvidos sobre a leishmania desde então, destacam-se na FMB, os estudos do catedrático Newton Guimarães sobre imunologia da leishmaniose, em colaboração com a então assistente da disciplina Achiléa Lisboa Bittencourt. (GUIMARÃES, 2007) E os mais atuais estudos do doutor Paulo Machado acerca de diversos tópicos relacionados a leishmaniose como: aspectos geográficos da doença no Nordeste do Brasil (SCHRIEFER, 2009), aspectos clínicos e apresentação da doença em diabéticos (LAGO, 2020), apresentação clínica e resposta terapêutica em crianças (SUPRIEN, 2020), tratamento da leishmaniose cutânea com Miltefosina, um ensaio randomizado e controlado. (MACHADO et al., 2010)

## HANSENÍASE

A hanseníase é uma patologia tropical infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, é falada desde a Bíblia, quando ouvimos ser chamada de lepra. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2021) Os estudos levam a crer que o local de surgimento da hanseníase foi a Ásia, porém em 1600 já havia relato do primeiro caso de hanseníase no Brasil, esse registro ocorreu na cidade do Rio de Janeiro. Toda a história nos leva a crer que nas Américas não existia a patologia antes da vinda dos colonizadores. No Brasil não foi diferente, acredita-se que a doença foi trazida com os colonizadores portugueses e disseminada com os escravos africanos, ou seja, desde o princípio a hanseníase tem cor e classe social. (EIDT, 2004)

Com a exploração do território brasileiro, a hanseníase foi sendo disseminada pelo país ocorrendo então novos registros no Norte e Nordeste, regiões em que até hoje tem números altos de registros de novos casos. Hoje, a Bahia é o quinto estado com maior número de casos no Brasil e o Nordeste é a região do país que mais cresce números de casos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2021)

A Bahia hoje é o estado que mais notifica novos casos de hanseníase no Brasil, em seguida vêm outros estados do Nordeste, ou seja, a característica socioeconômica da patologia ainda continua sendo a mesma de 1600. Atualmente, a hanseníase possui um tratamento efetivo chamado de poliquimioterapia (rifampicina, clifazimina e dapsona), porém ainda é uma doença negligenciada. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2021)

Em 2016 a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma estratégia global para a hanseníase e esperavam atingir a meta até o ano de 2020, entre essas metas havia um mundo sem hanseníase. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016) Hoje, o Brasil é o segundo país com mais casos de hanseníase no mundo e não conseguiu atingir a meta instituída pela OMS.

Para falar um pouco sobre a endemicidade da leishmaniose e da hanseníase na Bahia, bem como o tratamento, acesso e seu perfil socioeconômico convidamos o prof. dr. Paulo Machado, que é um pesquisador sobre os dois temas.

### ENTREVISTA COM DR. PAULO MACHADO

**Entrevistador:** O que despertou no senhor o interesse em pesquisar a leishmaniose?

**Doutor Paulo Machado:** *Quando a gente se envolve assim na pesquisa de uma determinada doença muitas vezes são por diversos fatores, né?! Pode ter a ver com a área da Medicina que a gente se identifica, pode ter a ver com a oportunidade de conhecer um*

*pesquisador que te estimule e te oriente. Então, basicamente, foi da exatamente isso que aconteceu e também com a sensibilização eventualmente para doenças que podem atingir, a leishmaniose talvez ainda mais que a hanseníase ela é muito prevalente nesse grupo de pessoas que tem um perfil socioeconômico muito baixo principalmente na zona rural, né? Então, assim, o que me estimulou foi o fato de que sempre gostei de Dermatologia e de doenças infecciosas e foi a área que eu acabei de especializando em Dermatologia. Quando estudante, cheguei a fazer um pequeno trabalho de pesquisa com prof. Rodolfo Teixeira e com prof. Edgar Carvalho, e mais tarde, depois da residência em Dermatologia, como eu também gostava muito de Imunologia. E sabia que o prof. Edgar Carvalho e seu grupo trabalhavam muito com a resposta imune de pacientes com leishmaniose e entre outras doenças. Comecei a me envolver com isso, uma vez que conjugava exatamente isso que eu comentei com você, né?! O interesse de dermatologista, de trabalhar com a doença que é eminentemente dermatológica, mas também é infecto parasitária e que atinge a população carente, né?! No interior do estado e onde a gente tem um grande líder, um grande pesquisador, que é o prof. Edgar Marcelino de Carvalho, que foi quem sempre me incentivou, me orientou e hoje em dia eu trabalho lado a lado com ele nessa área.*

**Entrevistador: Como é a epidemiologia da hanseníase e da leishmaniose na Bahia?**

**Doutor Paulo Machado:** *Com relação à hanseníase, a Bahia é um estado de média a alta endemicidade. Existem algumas regiões no interior da Bahia, que tem muitos casos de hanseníase, como na região do sul perto de Porto Seguro, próximo à Chapada Diamantina, por exemplo, aquela área de Irecê nas proximidades da Chapada Diamantina. Com relação a Salvador, a área que predomina é a região do Subúrbio Ferroviário. Essas são as áreas onde têm mais casos de hanseníase, o que chama atenção, nessa situação, é que muitos casos são diagnosticados tardiamente por falta de investimento na educação dos profissionais da área de saúde, principalmente os médicos. Os médicos veem muito pouco hanseníase na formação de Medicina e também durante a residência. É necessário mais investimento para treinar os profissionais de saúde para o diagnóstico e, sem dúvida, a gente vai aumentar ainda mais a quantidade de casos diagnosticados. E quanto mais cedo diagnosticar melhor.*

**Entrevistador: O que o senhor diria sobre a idade desses pacientes, quais seriam as condições socioeconômicas desses pacientes?**

**Doutor Paulo Machado:** *Os pacientes com hanseníase, você vai ter essa doença atingindo praticamente todos os grupos etários, mas principalmente, adultos do sexo masculino entre 20 e 40 a 50 anos de idade. Essa é a maior, é a faixa onde você vai diagnosticar casos de hanseníase. O perfil socioeconômico mais baixo, comparado a outras doenças que atingem faixas socioeconômico da população de uma maneira, isso também chama atenção na hanseníase, porque é uma doença que está vinculada a um perfil socioeconômico mais baixo, assim como a leishmaniose tegumentar. A leishmaniose tegumentar no Nordeste e no Norte do Brasil, ela tem uma auto incidência, principalmente no Norte. No Nordeste do Brasil a incidência é de média a elevada e, na Bahia, dentro do Nordeste é um dos estados que mais apresenta casos de leishmaniose tegumentar. Uma área en-*



dêmica no interior da Bahia, que a região do município de Presidente Tancredo Neves, que fica na região sul direção à região sul da Bahia, direção a Gandu, essa área toda de Valença a Gandu, que faz parte do início da região sul da Bahia, ela tem uma alta incidência da doença. É lá que o grupo de pesquisadores já trabalha há mais de três décadas com realização de vários estudos em várias áreas da leishmaniose: na área de tratamento, na área de biologia e principalmente na área de resposta imune e imunopatologia.

**Entrevistador: Como é o acesso ao tratamento pelo SUS da hanseníase e da leishmaniose?**

**Doutor Paulo Machado:** Com relação à hanseníase, o tratamento é a poliquimioterapia. É um tratamento considerado efetivo e razoavelmente bom, tem poucos efeitos colaterais. Ele cura os pacientes, ele é fornecido gratuitamente pelo SUS. O Ministério da Saúde já recebe esse medicamento gratuitamente da OMS. E recebe gratuitamente do laboratório que produz esse medicamento, o nome dele é novartis. Então, com relação ao tratamento da hanseníase não há dificuldade nenhuma, uma vez que estão matriculados, que são diagnosticadas o paciente recebe o tratamento e também o tratamento das reações hansênicas, que envolvem o uso de Talidomida e de Prednisona, é também feito gratuitamente pelo SUS. Infelizmente, eventualmente, acontece um certo desabastecimento, como aconteceu esse ano na poliquimioterapia. Mas, de maneira geral, é incomum ter problemas de falta de medicamentos. Com relação à leishmaniose tegumentar, o maior problema não é a oferta do tratamento pelo SUS, entendeu Ana? O maior problema é que o tipo de tratamento que a gente tem, ainda hoje, para leishmaniose tegumentar é muito caro e muito ruim, porque até hoje nós usamos uma droga parenteral, onde o paciente tem que usar durante 20 dias a 30 dias e no meio rural ele tem que se deslocar para tomar essas injeções. Isso já é uma grande problemática. É uma droga tóxica, é uma droga usada há mais de cinco décadas. Então, não tem como, em Medicina, você ter uma droga, usando há mais de cinco décadas, em uma doença infectoparasitária, ainda mais uma droga tóxica, que a resistência vem aumentando cada vez mais. As taxas de cura ao longo dos anos vão caindo muito. Hoje em dia, a gente só cura cerca de 60% a 70% dos pacientes no máximo com esse tratamento, que é uma droga tóxica e já ultrapassada, né?! A gente tem outras opções, mas todas essas opções também são tóxicas e administradas por via parenteral. E só bem recentemente que surgiu a Miltefosina, que é um medicamento oral, e o primeiro grupo que estudou esse medicamento no Brasil foi o nosso grupo, nessa região endêmica de Corte de Pedra, mostrando que ela é mais efetiva do que o Antimonial pentavalente ou Glucantime, que é essa droga tóxica que eu comentei que é usada até hoje como primeira escolha. E embora a Amifostina seja uma droga menos tóxica e mais fácil de usar, que é por via oral, ela também tem efeitos colaterais, ainda não é a droga ideal, mas ela já cura cerca de praticamente 80% dos casos de leishmaniose comparado com esses 60% do Glucantime, com mais toxicidade e com uso injetável cura. O primeiro estudo sobre essa droga no Brasil foi feito pelo nosso grupo há dez anos e somente agora, no final do ano passado, é que o governo federal comprou uma pequena quantidade do medicamento e que ainda está sendo distribuído, para ainda ser usado em alguns centros de referência. O que exige todo um cuidado especial com essa medicação uma vez que

*ela é teratogênica e a mulher em idade fértil só pode usar se comprovadamente não tiver grávida e se tiver usando dois métodos anticoncepcionais. Ou seja, a gente ainda deve muito aos pacientes, principalmente se tratando de leishmaniose, mas de uma maneira geral, o SUS provê essas medicações gratuitamente para esses pacientes utilizarem. A gente precisa evoluir principalmente se tratando de leishmaniose tegumentar e essa é uma das dedicações do nosso grupo aqui no centro de Imunologia. A gente tem feito inúmeros ensaios clínicos, para ver se beneficiamos esses pacientes. Então, por exemplo, hoje em dia o Ministério da Saúde recomenda na leishmaniose mucosa a associação do Glucantime com Pentoxifilina, que é um fraco inibidor de TNF alfa. E o grupo que fez estudos mostrando essa utilidade foi justamente o nosso grupo. A Miltefosina também já comentei e algumas outras terapêuticas também, por exemplo, Anfotericina Lipossomal para leishmaniose disseminada, foram estudados por nosso grupo.*

**Entrevistador: Existe uma certa dificuldade com pesquisas relacionadas ao tratamento das doenças infecciosas, a falta de interesse da indústria farmacêutica em patrocinar esses estudos, por não ser uma população de interesse para a indústria.**

**Doutor Paulo Machado:** *Veja bem, quando a gente fala que uma doença X, ela é negligenciada, como é o caso da hanseníase e também da leishmaniose tanto tegumentar, que é a minha área, quanto visceral, não é bem a doença que é negligenciada, no fundo no fundo, o que está sendo negligenciado são os pacientes. Por que eles são negligenciados? Por que não existe interesse? Porque atinge a camada socioeconômica bem menos favorecida do que a classe média, do que a classe média alta, classe alta, consequentemente, tem menos poder de pressão na mídia, nos grupos políticos, nas políticas de saúde. E é óbvio que as indústrias, que produzem medicamentos com fins lucrativos, não se interessam tanto em investir nessas pesquisas. Elas podem até fazer um certo pequeno investimento numa droga já conhecida, que elas percebem que também tem ação contra essas doenças, mas você não vê, nem de longe, o investimento mais intenso, mais potente na terapia dessas doenças, que são ditas negligenciadas. E você também tem pouco estímulo na área do governo federal, governos estaduais e municipais, eventualmente. É claro que você vai ter grupos e determinados momentos onde vai acontecer um maior interesse, mas de maneira geral, o panorama é um tanto quanto desolador, né? E aí os estímulos para pesquisas são pequenos, as grandes das verbas para pesquisa, nesse setor são muito menores, do que doenças que atingem a população de uma maneira mais homogênea ou que atinge pessoas que têm mais recursos socioeconômicos, né?! Isso aí é fato dele, é uma pena, mas é a realidade.*

**Entrevistador: O senhor citou uma certa dificuldade no rastreamento da leishmaniose. O senhor acha que mudou alguma coisa nesses últimos anos? Ou sempre teve essa dificuldade da identificação da doença?**

**Doutor Paulo Machado:** *Não, essas doenças sempre foram caracteristicamente identificadas como doenças tropicais, doença de populações mais carentes. Tanto a leishmaniose quanto a hanseníase, sempre foram identificadas como doenças de poucos recur-*

... financeiros, não somente para o desenvolvimento de novas drogas, mas também para o desenvolvimento de pesquisas que descrevam melhor o que acontece clinicamente com esses pacientes, como é que esses pacientes adquirem a doença, como transmitem a doença, como é que essa doença poderia ser prevenida, como é que ela se comporta do ponto de vista patogênico. Todo esse estudo e esse corpo de conhecimento é fundamental para que a gente possa traçar estratégias de combate de prevenção e de diagnóstico precoce, de tratamento eficaz e seguro, né?! Então não somente nessas duas doenças, mas várias outras que tem esse perfil, nós devemos muito, muito ainda aos pacientes e portadores dessas doenças. Isso não é um fenômeno só do Brasil. Esse é um fenômeno basicamente mundial, essa falta de interesse com algumas exceções de um ou outro país que investe mais nessas doenças ditas tropicais ou negligenciadas.

**Entrevistador: Com relação a qualificação dos profissionais em identificar pacientes infectados. O senhor acha que mudou algo nos últimos anos?**

**Doutor Paulo Machado:** *Com relação aos profissionais de saúde e também aos próprios acadêmicos na área de saúde, o que a gente percebe é um desinteresse muito grande em conhecer a nossa realidade, também um tanto quanto triste. Por exemplo, aqui na Bahia, você pode contar nos dedos de uma mão a quantidade de acadêmico de Medicina que anualmente nos procuram porque se interessam por hanseníase ou por leishmaniose. Os residentes de Dermatologia, pouquíssimos foram conhecer essa área endêmica, que possui um grupo de pesquisa, que há três décadas ou mais se dedica e consegue recursos e consegue colaborações tanto no Brasil, quanto fora do Brasil. Então, é uma área conhecida no mundo inteiro, quem fala em leishmaniose tegumentar, quem pesquisa leishmaniose tegumentar e tem interesse no assunto, certamente já leu mais do trabalho produzido por nosso grupo e já ouviu falar na área endêmica de Corte de Pedra. Então, às vezes, a gente tem mais americanos e estrangeiros vindo conhecer essas áreas do que os próprios brasileiros. Então, isso é realmente triste porque nossos acadêmicos e nossos profissionais de saúde não se interessam pela sua realidade, é óbvio que a gente tem que conhecer tudo o que for possível sobre psoríase, dermatite atópica, sobre hipertensão, sobre síndromes raras. É claro que isso faz parte da nossa formação médica, mas realmente, é muito triste a gente perceber essa falta de interesse dos nossos profissionais pela sua própria realidade. Não foi uma vez, duas, três vezes que médicos residentes jovens do exterior, principalmente dos Estados Unidos, vieram para cá ficar aqui na Bahia, durante alguns meses, moraram inclusive na área endêmica de Corte de Pedra para conhecer a doença, para pesquisar essa doença e sempre demonstrando interesse e entusiasmo que raramente a gente encontra aqui. Então, eu aproveitei e deixo essa mensagem aí, eu acho que essa mensagem é importante no mínimo para reflexão, né?!*

**Entrevistador: Eu queria saber mais sobre os projetos que o senhor participou e quais considera mais importantes sobre hanseníase e leishmaniose.**

**Doutor Paulo Machado:** *Com relação à hanseníase, tem basicamente três áreas, que a gente tem procurado desenvolver alguns projetos: primeira área, basicamente, no entendimento de que algumas coinfeções virais, por exemplo, o HTLV-1, que*

*é prevalente na população baiana, obviamente o HIV, vírus B e vírus C da hepatite como esses vírus modificam a resposta imune, eles podem modificar também o curso da hanseníase e a gente mostrou alguns anos atrás e essas coinfeções aumentam a quantidade de complicações da hanseníase, aumentam a possibilidade de recidiva, aumentam a complicação principalmente de sistema nervoso periférico e a possibilidade de desenvolvimento de seqüela. Uma outra área de hanseníase que a gente andou desenvolvendo em colaboração com o grupo de psiquiatria com prof. Lucas Quarantini é mostrar que esse paciente de hanseníase possui um impacto emocional e psicológico muito elevado. O diagnóstico de hanseníase ainda hoje é um impacto fortíssimo no estado psicológico do paciente, além de todo preconceito social que enfrenta, ele próprio se sente deprimido, altamente impactado por esse diagnóstico de hanseníase. Então, isso a gente mostrou em dois estudos: a natureza disso e as consequências psiquiátricas. Uma outra área que a gente vem desenvolvendo, mais recentemente, são determinados marcadores genéticos que podem estar associados na hanseníase a uma resposta pior ao tratamento, ou ao desenvolvimento de formas mais graves, ou de reações hansênicas que são complicações da doença em função de uma resposta imunológica muito alterada e destruidora que deixa o paciente mais incapacitado. Na leishmaniose tegumentar, aí as contribuições são muito grandes porque é um grupo muito maior de pesquisadores aqui, do serviço encabeçados pelo prof. Edgar. E, hoje em dia fico mais na parte de ensaios clínicos e algumas até já citei para você, que hoje em dia o Ministério da Saúde recomenda, na leishmaniose mucosa, a associação do antimonial Glucantime com a pentoxifilina e essa é a contribuição do nosso grupo. Essa associação aumenta a taxa de cura de pacientes com leishmaniose mucosa. Uma outra contribuição do nosso grupo foi mostrar que os pacientes na fase muito inicial da doença, quando você trata precocemente, ao contrário do que se pensa, eles não respondem bem a esse tratamento, o que mostra como a resposta imune inflamatória gerada é importante na patogênese da formação da úlcera da leishmaniose, diversos marcadores da resposta imune que pode ter um prognóstico ruim também já foram identificados pelas pesquisas de nosso grupo, não tão recentemente, há 10 anos nós publicamos o primeiro estudo no Brasil mostrando a melhor taxa de cura com a Miltefosina quando comparado ao do Glucantime na leishmaniose cutânea, também mostrando que na leishmaniose disseminada o tratamento é muito ruim, a taxa de cura é muito baixa e que uso de anfotericina lipossomal é muito melhor e que cura mais 75% dos pacientes com a dose maior do que 35 mg, na dose total. Então têm essas contribuições e várias outras nesse grupo; é um grupo multidisciplinar, várias contribuições também no entendimento da Leishmania Brasiliensis da nossa região endêmica e esses estudos foram liderados pelo prof. Edgar Carvalho, por Albert Schriefer com a nossa participação e de vários outros pesquisadores, então foi mostrado que essa leishmania, ela é polimórfica, que diversas alterações genéticas da Leishmania Brasiliensis se relacionam com formas clínicas da leishmaniose tegumentar e até com resposta ao tratamento,, e aí você identificando quais são esses marcadores moleculares, no futuro pode levar ao desenvolvimento de estratégia de vacina ou até estratégias*

terapêuticas mais adequadas e mais focadas, mas aí realmente isso seria um estágio posterior. Então, essas são algumas das contribuições que eu poderia comentar nesse momento para você.

**Entrevistador: A última pergunta é justamente sobre as suas perspectivas com relação às pesquisas. O senhor já comentou sobre o tratamento desenvolvido para a leishmaniose. O senhor acha que ele pode ser adotado pelo SUS? Estendido nacionalmente, futuramente?**

**Doutor Paulo Machado:** *Sim, sem dúvida, essa da leishmaniose mucosa já é recomendada pelo Ministério da Saúde. A pentoxifilina já é distribuída também para regiões onde existem leishmaniose. A Miltefosina foi recentemente comprada pelo governo brasileiro, está sendo distribuída esse ano para começar a ser usado em alguns centros de referência em função dos maiores cuidados que tem que ter pela sua teratogenicidade, né?! Anfotericina lipossomal agora que tá fazendo também estudo comparando doses diferentes em idosos, porque eles têm contraindicação para uso de Glucantime e a quantidade de Miltefosina que vai ter disponível ainda vai ser muito pequena, então a gente tá comparando três doses diferentes da Anfotericina Lipossomal para que a gente veja qual é a dose mínima, que cura maior parte desse paciente com menos toxicidade também. Um outro tipo de, digamos assim, perspectiva que a gente tá em desenvolvimento é o projeto chamado Eclipse, que é um projeto muito interessante. Esse projeto, ele foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores da Grã-Bretanha em colaboração com o nosso grupo aqui do serviço de Imunologia do Instituto de Saúde Coletiva e envolve outros dois países além do Brasil e da Grã-Bretanha, que são a Etiópia e Sri Lanka. O objetivo desse projeto é ir nas comunidades que são atingidas por leishmaniose, verificar o impacto econômico, social, psicológico e tentar levar essas comunidades a entender o que acontece quando se adquire a doença, a terem mais compreensão sobre a doença, também aprender com as comunidades quais são as estratégias que elas têm para lidar com isso, e tentar dar mais empoderamento. Tentar empoderar essas pessoas no sentido de trazê-las para o convívio com gestores de saúde, fazer canais de comunicação para que haja uma maior atenção à realidade dessas pessoas que sofrem com o impacto socioeconômico muito forte quando atingidos pela leishmaniose cutânea, elas têm que parar de trabalhar por um tempo, elas podem também sofrer estigma e preconceito, porque a leishmaniose deixa feridas cicatrizes muitas vezes em membros inferiores, mas às vezes em áreas bem visíveis como por exemplo a face, o tronco, membros superiores. Esse é um projeto que se iniciou a pouco tempo e é multidisciplinar: nós temos antropólogos, psicólogos e até pessoal da área de arte que desenvolve esse projeto dessas comunidades próximas à região endêmica de Corte de Pedra.*

## DERMATOLOGIA MODERNA

Entre os séculos XV e XVI, como já referido, dá-se início à Dermatologia. Esse tempo marca o interesse de médicos europeus, mais precisamente franceses,

por doenças de origem cutânea. Com o passar do tempo, no final do século XIX e início do século XX, as descobertas na área da Microbiologia impulsionaram o crescimento da Dermatologia como especialidade, bem como seu ensino nas faculdades. Desde então, o avanço do conhecimento na Dermatologia foi exponencial, atingindo um alto nível atualmente.

Um importante marco na história da Dermatologia moderna foi a grande contribuição do médico alemão Julius Rosenbaum (1807-1874), que publicou um tratado em 1844 analisando os estudos publicados até então sobre a fisiopatologia da pele. Rosenbaum questionou o sistema de diagnóstico da época, apontando insuficiência desse para explicar doenças de cunho dermatológico. Em seu tratado, Rosenbaum falou das “Dermatopathologens” pela primeira vez, tendo sua ideia corroborada com os estudos microscópicos em ascensão.

A partir das ideias de Rosenbaum, ascenderam também alguns personagens que contribuíram para a construção das bases da Dermatologia moderna. Dentre todos, o que mais se destacou foi o médico austríaco Ferdinand von Hebra (1816-1880). Com seus estudos sobre a sarna e descobertas relacionadas a doenças sistêmicas e ácaro, Hebra tinha sua fama alastrada por todo o mundo, de modo que doentes de várias partes do planeta buscavam seus cuidados. Com base na clínica de Hebra, foi formada uma nova geração de grandes líderes na Dermatologia, não só na Áustria e Alemanha, mas em todo o mundo.

Dentre as figuras que emergiram nesse período, cabe destacar Paul Gerson Unna, nascido em 8 de setembro de 1850. Em 1882, Unna fundou sua clínica especializada em doenças de pele e, no mesmo ano, o primeiro periódico de Dermatologia da Alemanha que se mostrou como um grande incentivo para a sedimentação da Dermatologia em outros países. No Brasil, a Dermatologia se inicia em 1882 no Rio de Janeiro, com a inauguração do primeiro Serviço Clínico de doenças da pele.

Nesse contexto, cabe destaque ao doutor Juliano Moreira (1873-1933) que, além da vasta contribuição na área da Psiquiatria, Neurologia e Clínica Médica, foi um grande colaborador para o conhecimento dermatológico da época. Juliano Moreira fez diversas viagens à Europa entre 1895 e 1902, onde esteve no laboratório do Dermatologikum (Alemanha), um instituto para diagnóstico e tratamento das enfermidades dermatológicas chefiado por Paul Gerson Unna. Lá realizou um estudo anatomopatológico sobre o ainhum, considerado por muito tempo como a mais completa análise sobre o assunto.

Em 1908, Juliano Moreira foi indicado pelo leprólogo Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) para participar da Second International Conference on Leprosy (Bergen, Noruega, 1909). O convite foi realizado objetivando as contribuições de Juliano em relação às doenças mentais nos leprosos. Posteriormente,

Juliano Moreira publicou seus estudos no *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicina*, na Alemanha.

## A IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA E A SUA REFORMULAÇÃO

A partir de 1977 com o Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, foram implantadas as residências médicas no Brasil, por meio de um processo seletivo unificado no qual são avaliados para a obtenção do grau de especialista. Os programas dos cursos de residência respeitam o máximo de 60h semanais, incluindo um máximo de 24h de plantão.

A Residência Médica em Dermatologia é uma especialidade de acesso direto, regulamentada pela Resolução CNRM nº 02/2006, de 17 de maio de 2006. Na Bahia, está vinculada ao Complexo HUPES que é constituído, desde 2006, pelo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), pelo Centro Pediátrico Professora Hosannah de Oliveira (CPPHO) e Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto (AMN). Este complexo é considerado um pioneiro de diversos acontecimentos no Nordeste.

Até a década de 1990, não existia residência de Dermatologia na Bahia. Naquela época, para ser intitulado dermatologista, os médicos deveriam fazer o estágio em Dermatologia, que era reconhecido pela SBD, e que constava apenas de três vagas anuais; o processo seletivo acontecia por meio de uma prova elaborada pela própria equipe de Dermatologia da universidade. Diferente do que é hoje, o estágio era somente em um turno, não recebiam bolsa e não possuíam maiores obrigações.

Em 1992, liderados pela dra. Neide Ferraz, chefe de serviço, a equipe de Dermatologia composta por Anibal Bittencourt, Cândido, Ênio Maynard Barreto e Vitória Pedreira, solicitou ao Ministério da Educação (MEC) a implementação da Residência Médica em Dermatologia na Bahia. Para isso, foi necessário reformular toda a grade curricular que antes era desenvolvida pelo estágio, e que passou a ser em turno integral como era exigido pelo MEC. Houve, também, os acréscimos de novos ambulatórios específicos como: Dermatologia pediátrica com dr. Maria de Fátima Paim; hanseníase com dr. Paulo Machado; psoríase com dra. Neide Ferraz; Dermatopatologia com dr. Newton Sales Guimarães; e acne e cosmética com dra. Ivonise Follador.

A partir de 1993, deu-se início a residência na UFBA com apenas uma vaga, que posteriormente foram aumentadas para quatro vagas, que persistem até hoje. Inicialmente, possuía duração de quatro anos, os dois primeiros anos voltados para Clínica Médica e os dois últimos anos de Dermatologia. Após alguns anos, a SBD solicitou que reduzisse para apenas um ano de Clínica Médica, totalizando

três anos de residência. Desde 2006, com a aposentadoria da dra. Neide Ferraz, o serviço de Dermatologia da UFBA passou a ser chefiado pela dra. Vitória Pedreira.

Em 2018, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) em parceria com a SBD criou a Resolução nº 8, de 8 de abril de 2019. Até então, o programa era mais simples e baseado apenas no prazo de realização dos ambulatórios, sem levar em consideração as competências da especialidade.

Até 2019, o programa de Dermatologia era dividido da seguinte forma: no primeiro ano contemplava os ambulatórios de Clínica Médica; moléstias infecciosas; Reumatologia; Endocrinologia; Hematologia; e pronto socorro de Clínica Médica. O segundo e terceiro ano eram voltados para ambulatórios específicos da especialidade como Micologia; Dermatopatologia; Alergia e Imunologia; e Dermatologia Sanitária.

Atualmente, com as mudanças implantadas, o segundo e terceiro ano da residência são voltados para a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos em grau crescente de complexidade, incluindo atendimentos pediátricos e geriátricos, abordagem em cirurgias dermatológicas mais avançadas, além de saber indicar o mapeamento corporal quando necessário e a competência na realização da dermatoscopia de rotina. Com a reformulação, o médico participante do programa se torna capacitado para atuar nas mais diversas áreas da Dermatologia cirúrgica, clínica, cosmiaatria, estética e sanitária.

## ENTREVISTA COM DRA. VITÓRIA RÊGO

### **Entrevistador: Por que a senhora escolheu fazer a Residência Médica em Dermatologia?**

**Doutora Vitória Rêgo:** *Essa é uma história interessante na minha vida, na verdade eu falo que a Dermatologia me escolheu. Porque eu entrei nessa instituição, na Universidade Federal da Bahia para dar aula como farmacêutica bioquímica, ministrando aula de Micologia para alunos de Medicina, com isso eu fiquei encantada com a especialidade e resolvi fazer Medicina. E então acabei sendo aluna desta casa na farmácia bioquímica da UFBA e na Faculdade de Medicina e no Hospital das Clínicas, onde eu fiz mestrado e estou até agora. Toda uma história acadêmica dentro da universidade federal, então, por isso eu digo que a Dermatologia me escolheu, porque antes eu nem médica era e hoje eu fico muito honrada e orgulhosa por ter feito parte dessa história. Eu costumo dizer que realmente, tudo na vida tem uma hora certa, talvez se eu tivesse feito Medicina antes eu não seria dermatologista. Porque naquele tempo ninguém fazia Dermatologia, você seria pediatra ou clínico, então isso é algo que me deixa muito orgulhosa, de ter feito parte dessa história, porque hoje eu não me imaginaria sendo outra coisa que não fosse dermatologista.*



**Entrevistador: Como foram esses 40 anos de trabalho e de dedicação ao serviço de Dermatologia da UFBA? Como a senhora se sente ao saber que participou ativamente na formação de inúmeros profissionais da Dermatologia?**

**Doutora Vitória Rêgo:** *Eu me sinto muito honrada, muito orgulhosa em fazer parte dessa história. Como acabei de dizer, eu entrei aqui como professora colaboradora e acabei chefe de serviço e hoje por conta da minha história acadêmica estou na diretoria médica desse hospital. Eu digo que a Dermatologia é apaixonante, quando você faz o que você ama, não é trabalho, é um prazer! Eu acho que é muito gratificante participar da formação de 40 anos da Dermatologia na Bahia, todos os dermatologistas que se formaram nos últimos 40 anos pela Universidade Federal da Bahia foram meus alunos, ou seja, eu tive alguma participação na formação deles, e isso é uma coisa que não tem preço, isso nada paga. É gratificante saber que eu fiz parte dessa história e faço parte ainda. Essa altura eu não tenho nem mais coragem de me aposentar, mas parece que você enterra o umbigo aqui nesse hospital e acaba não saindo (risos). Meu papel aqui é de educadora, não de assistência. A gente faz assistência porque estamos ensinando as pessoas a atender, mas meu papel aqui é de educadora. Eu acho que participar da formação de cidadãos é muito gratificante.*

**Entrevistador: Quais aspectos da história da Dermatologia na UFBA a senhora julga ser mais importantes?**

**Doutora Vitória Rêgo:** *Eu acho assim, quando eu entrei nesse serviço, tinham 11 professores e já tinha uma enfermaria, serviço de Anatomia Patológica no próprio serviço de Dermatologia, tinha a Micologia do serviço. Então já era um bastante completo, era o prof. Nilton o titular da cadeira, a quem inclusive eu devo muito da minha formação e assim, tinham os grandes nomes da Dermatologia da Bahia. E eu me lembro que quando eu comecei aqui, eu acho que no estado da Bahia não existiam nem 30 dermatologistas. Hoje em dia, temos cerca de quase 300, então a Dermatologia cresceu muito como especialidade nos últimos anos. Eu acho que o nosso papel é esse na Bahia, de formar cidadãos, formar dermatologistas clínicos, com esse olhar sob a Dermatologia, que é uma especialidade fascinante. Então, hoje eu digo que a gente começou tudo com prof. Nilton, que não foi quem criou o serviço, claro, mas quando eu entrei era ele. E que passa pela história de grandes nomes, dr. Paixão, dr. Cândido, dr. Ênio... e hoje a nova geração chegando e assumindo, como dra. Louise, dra. Fabíola, dra. Ana Lísia, dra. Cristiana, dra. Juliana... e da velha guarda, sou eu. Eu continuo aqui, ainda não consegui tirar meu umbigo desse hospital.*

**Entrevistador: Como a senhora define a importância do serviço de Dermatologia da UFBA para a comunidade?**

**Doutora Vitória Rêgo:** *Eu falo que é fundamental, pois nós somos referência para todo o estado da Bahia em várias doenças e todo o estado da Bahia tem a referência da Universidade Federal da Bahia, do Hospital das Clínicas e do Serviço de Dermatologia. Então, eu fico brincando, digo que o que a gente não resolver aqui não resolve em lugar*

*nenhum, não porque não resolve, porque acaba que somos um hospital de alta complexidade, onde toda demanda da alta complexidade do estado da Bahia vem pra UFBA e o Hospital das Clínicas. Então, acho que o nosso papel é fundamental e eu acho que a gente precisa reforçar isso enquanto serviço público SUS que atende a comunidade carente e que resolve o problema dela.*

## **SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (SBD)**

Baseada no modelo francês da Sociedade de Dermatologia e Sifilografia, surge, em 4 de fevereiro de 1912, a SBD, com projeto esboçado por Fernando Terra, trazendo os princípios de uma entidade que pudesse congrega e dirigir cada vez mais os dermatologistas para atividades científicas, de forma a ampliar o processo de formação e valorização da categoria profissional.

A sessão inaugural ocorreu no Pavilhão Miguel Couto, da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, contando com 18 médicos, dos quais 10 eram dermatologistas e 3 compunham a comissão organizadora: Fernando Terra, Eduardo Rabello e Werneck Machado, sendo então lido, discutido e aprovado o projeto de estatuto que dispunha no art. 1º que “a Sociedade tem por objeto o estudo da Dermatologia e domínios afins”, sendo então publicado o documento no Diário Oficial da União entrando em vigência em 5 de fevereiro de 1912, data está que, a partir do ano 2000, é comemorada o Dia do Dermatologista. Já no primeiro ano de atividade, a SBD contava com 81 sócios; as reuniões eram organizadas à medida que surgiam os assuntos a serem discutidos, e as sessões se iniciavam com comunicações da diretoria sobre atas, novos associados, notícias de interesses de doenças da pele, e depois eram expostos e discutidos casos clínicos.

Em 1º de setembro de 1962 (50 anos de existência) a sociedade é reestruturada e torna-se nacional, sob a presidência de Rubem David Azulay, criando assim as seções estaduais.

Em 2005 a SBD nacional iniciou um processo de aumento da autonomia das regionais, culminando com a organização autônoma da SBD-BA, firmada em 6 de junho de 2006. A SBD-BA é uma associação sem fins lucrativos de caráter cultural e científico, tendo como objetivo o estudo, ensino, a pesquisa e o progresso da Medicina dermatológica e afins.

Constituída por associados: efetivos (médicos com título de especialista em Dermatologia concedido pela SBD, que residam no estado da Bahia); aspirantes (médicos residentes ou em estágio equivalente em Dermatologia no estado da Bahia, podendo permanecer nesta situação por um prazo máximo de cinco anos); contribuintes (associados aspirantes não qualificados especialistas pela SBD em até cinco anos de sua admissão); e colaboradores, beneméritos ou honorários (os médicos

assim titulados pela SDB, com residência no estado da Bahia). A diretoria da SDB-BA hoje conta com 261 associados cadastrados, e é constituída por um presidente, um vice-presidente, um secretário-geral e um tesoureiro, com gestões que mudam a cada dois anos, sendo a atual presidente Ana Lísia Cunha e vice-presidente Maria Elisa Rosa. Anualmente são realizadas campanhas de hanseníase, Simpósio de Tumores Cutâneos, Jornada Baiana de Medicina, dentre outros eventos.

A SDB manifestar-se-á, sempre que necessário, sobre:

- definição de atos dermatológicos;
  - delimitação de área de atividade do dermatologista;
  - outros assuntos de interesse do exercício da profissão;
- poderá propor às entidades competentes, medidas visando preservar, disciplinar e fiscalizar o exercício da Dermatologia;
- procurará contribuir para a orientação e solução dos aspectos médico-sociais da Dermatologia e domínios afins.

## **DERMATOLOGIA *VERSUS* PANDEMIA DA COVID-19**

Em 11 de março de 2020 foi declarado pela OMS a pandemia da covid-19 causada pelo vírus SARS-CoV-2, com isso eventos acadêmicos que estavam programados tiveram que ser adiados. Inicialmente, imaginava-se que seria algo a curto prazo, porém foi um período desafiador para a Medicina e que exigiu novas abordagens. As reuniões do serviço de Dermatologia da SDB-BA, que ocorriam presencialmente, passaram a ser *on-line*, bem como outros eventos para aprimorar novas técnicas e trocar novas experiências.

A Lei nº 13.989/2020 sanciona o uso da telemedicina em caráter emergencial e entra em vigor no dia 16 de abril de 2020:

Art. 1º Esta Lei autoriza o uso da telemedicina enquanto durar a crise ocasionada pelo coronavírus (SARS-CoV-2).

Art. 2º Durante a crise ocasionada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), fica autorizado, em caráter emergencial, o uso da telemedicina.

Art. 3º Entende-se por telemedicina, entre outros, o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde. (BRASIL, 2020)

O uso da telemedicina trouxe diversos desafios para a prática da Dermatologia, principalmente por a Dermatologia, muitas vezes, exigir um olhar crítico do examinador. Para ajudar ao seus filiados em como se adequar a essa nova forma

de exercer a Medicina, a SBD-BA realizou uma sessão *on-line* intitulada como “Telemedicina, dermatologia e I.A. Aplicação e limites de uma nova realidade, apresentada pela dra. Ana Maria Sortino.

Para além dos desafios nos atendimentos, começam a surgir novas demandas devido ao novo hábito exigido pela pandemia: higienizar as mãos com maior frequência. Segundo a dra. Thaís Valverde – ex-presidente da SBD Bahia – em entrevista para a TVE, o uso excessivo de produtos químicos leva a reações nos cabelos e na pele como ressecamento, necessitando então de maiores cuidados, porém para pacientes que já são portadores de patologias dermatológicas os cuidados precisaram ser ainda maiores.

Ainda em 2021, a SBD realizou um evento *on-line* sobre as manifestações cutâneas da covid-19 com o dr. Paulo Ricardo Criado e, em 2021, divulgou uma nota técnica que evidenciou a importância do conhecimento dermatológico durante a pandemia de covid-19. Segundo a nota técnica, estima-se que em pelo menos 10% dos casos de covid-19 positivo possui manifestações cutâneas, as principais delas são erupção máculo-papular, urticariformes e vesico-bolhosas.

Entretanto, no dia 25 de março de 2021, houve o Decreto Municipal nº 33.655, em Salvador-BA, o qual ordenava o fechamento de consultórios dermatológicos por considerá-los como fins somente estéticos, demonstrando todo o pré-conceito existente na sociedade em relação à especialidade.

Art. 1º Ficam suspensas, a partir das 5h do dia 29 de março de 2021 às 5h do dia 05 de abril de 2021, as atividades de comércio e prestação de serviços no Município de Salvador.

§ 1º Não estão submetidos à suspensão das atividades prevista neste artigo os seguintes estabelecimentos que prestam serviços essenciais, que devem observar os protocolos geral e setoriais das atividades e as demais normas vigentes, para funcionamento:

VI – Hospital dia e serviços de saúde, com exceção de atendimentos eletivos em clínicas odontológicas e dermatológicas. (SALVADOR, 2021)

Apesar de compreender o receio da população e do estado quanto a transmissibilidade da covid-19, ainda assim permanecia a necessidade de assistir pacientes portadores de patologias crônicas, neoplasias, emergências dermatológicas e até mesmo pacientes com lesões provenientes da covid-19. Assim, poderia ter sido encontrado um meio termo. Por fim, as atividades voltaram no dia 1º de abril.

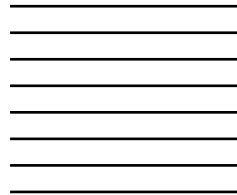
Como percebemos, o momento de pandemia está sendo um momento desafiador para a Dermatologia, porém é o momento para superar os desafios, se reinventar e evidenciar para a sociedade a importância da especialidade para a saúde e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- A BAHIA registra uma média de 5 novos casos de hanseníase por dia. É o estado com a maior incidência da doença em todo o país. *SIUNIS*, Salvador, 19 jul. 2019. Disponível em: <https://siunis.ufba.br/19072019-bahia-registra-uma-media-de-5-novos-casos-de-hansenia-se-por-dia-e-o-estado-com-maior>. Acesso em: 1 out. 2021.
- ALTAMIRANO-ENCISO, A. J. *et al.* Sobre a origem e dispersão das leishmanioses cutânea e mucosa com base em fontes históricas pré e pós-colombianas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 853-882, 2003.
- ARAGÃO, H. de B. Transmissão da leishmaniose no Brasil pelo *Phlebotomus intermedius*. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, v. 36, p. 129-130, 1922.
- BAHIA. Secretaria de Saúde. *Hanseníase*. Salvador, [201-]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/hansenia-se/>. Acesso em: 1 out. 2021.
- BATISTA, R. dos S. Distintas posições: médicos baianos e o ensino de sifilografia na Faculdade de Medicina da Bahia. *Dimensões*, Vitória, v. 34, n. 9, p. 184-202, set. 2015.
- BENCHIMOL, J. L.; JOGAS JUNIOR, D. G. *Uma história das leishmanioses no novo mundo: fins do século XIX aos anos 1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.
- BENCHIMOL, J. L.; SÁ, M. R. (org.). *Adolpho Lutz: dermatologia e micologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. (Coleção Adolpho Lutz Obra Completa, 1).
- BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 73, p. 1, 16 abr. 2020.
- CARNEIRO, G. *História da Dermatologia no Brasil*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2002.
- CARRERA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- CERQUEIRA, A. E. de C. *Lupus Vulgar*. 1885. Tese de Concurso (Cadeira de Molestias da Pelle e Syphiliticas) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1885.
- COSTA, J. M. L. Leishmaniose tegumentar americana: origens e histórico no Brasil. *Acta Amazônica*, Manaus, v. 22, n. 1, p. 71-77, 1992.
- EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 76-88, maio 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nXWpzPJ5pfHMDmKZBqkSZMx/?lang=pt#>. Acesso em: 1 out. 2021.
- GUIMARÃES, N. A. Notas sobre o ensino e os professores de dermatologia na Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 193-194, jul./dez. 2007.

- JACOBINA, R. R. *Juliano Moreira da Bahia para o mundo: a formação baiana do intelectual de múltiplos talentos (1872-1902)*. Salvador: Edufba, 2019.
- JACOBINA, R. R.; GELMAN, E. A. Juliano Moreira e a Gazeta Médica da Bahia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1077-1097, 2008.
- LAGO, A. S. *et al.* Diabetes modifies the clinic presentation of Cutaneous Leishmaniasis. *Open Forum Infectious Diseases*, Oxford, v. 7, n. 12, p. ofaa491, Dec. 2020.
- MACHADO, P. R. *et al.* Miltefosine in the treatment of cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania braziliensis* in Brazil: a randomized and controlled trial. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, San Francisco, v. 4, n. 12, p. e912, Dec. 2010.
- MEIRELLES, N. S. *et al.* Teses Doutoriais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 74, n. 1, 2004.
- MOREIRA, M. L. F. *Processos de comunicação científica: estudo das teses de doutoramento da faculdade de medicina da Bahia entre os anos de 1853 e 1935*. 2014. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase*. [S. l.]: OMS, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf>. Acesso em: 2 out. 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guia para eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública*. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brazil\\_guide.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brazil_guide.pdf). Acesso em: 1 out. 2021.
- PEIXOTO, C. de O. *Leishmaniose tegumentar americana: história, políticas e redes de pesquisa no Amazonas (1970-2015)*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Leônidas e Maria Deane, Manaus, 2017.
- QUEIROZ, M. S.; PUNTEL, M. A. *A endemia hanseníase: uma perspectiva multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6tfv6/pdf/queiroz-9788575412596-04.pdf>. Acesso em: 1 out. 2021.
- SALVADOR. Decreto nº 33688 de 25/03/2021. Estabelece e prorroga medidas de combate à pandemia em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus na forma que indica e dá outras providências. *Diário Oficial do Município [da] Prefeitura Municipal de Salvador: decretos numerados*, Salvador, ano 34, n. 7968, edição extra, p. 17-18, 25 mar. 2021. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=411651>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- SANTOS, E. de P.; MORAES, E. A. Hanseníase no Estado da Bahia: um problema de saúde pública. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 13/14, n. 4/1, p. 99-106, out./mar. 1886/1887. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1108/844>. Acesso em: 1 out. 2021.

- SCHRIEFER, A. *et al.* Geographic clustering of leishmaniasis in northeastern Brazil. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, v. 15, n. 6, p. 871-876, 2009.
- SILVA, J. *et al.* Dynamics of American tegumentary leishmaniasis in a highly endemic region for *Leishmania (Viannia) braziliensis* infection in northeast Brazil. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, San Francisco, v. 11, n. 11, p. e0006015, 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. *Bahia ocupa 5º lugar no país em casos de hanseníase*. Rio de Janeiro, 22 jan. 2021. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/bahia-ocupa-5o-lugar-no-pais-em-casos-de-hanseniose/>. Acesso em: 1 out. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Manifestações cutâneas associadas à covid-19 conforme literatura publicada até 30/04/21. *Nota Técnica SBD*, Rio de Janeiro, 27 maio 2021. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/mm/cms/2021/05/27/nota-tecnicasbd.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. *Sociedade Brasileira de Dermatologia pede a reabertura de clínicas e consultórios da especialidade em Salvador (BA)*. Rio de Janeiro, 30 mar. 2021. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/noticias/sociedade-brasileira-de-dermatologia-pede-a-reabertura-de-clinicas-e-consultorios-da-especialidade-em-salvador-ba/>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- SUPRIEN, C. *et al.* Clinical presentation and response to therapy in children with cutaneous leishmaniasis. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, Arlington, VA, v. 102, n. 4, p. 777-781, 2020.
- REY, M. C. Covid-19 e a dermatite nas mãos. *Sociedade Brasileira de Dermatologia, Seção RS*, Porto Alegre, 20 out. 2020. Disponível em: <https://sbdors.org.br/covid-19-e-a-dermatite-nas-maos/>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- RODRIGUES, J. *et al.* Acervo raro da Sociedade Brasileira de Dermatologia: considerações sobre sua preservação histórica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p. 93-95, fev. 2009.



## 14

# HISTÓRIA DA GERIATRIA

*Sabrina Schmitz Medeiros*  
*Felipe Pinheiro Reis*  
*Filipe Azevedo Gomes dos Santos*  
*Karina Gazzoni Serafim*  
*Lorenzo de Andrade Rosemberg Mendes*  
*Roberta Clere da Silva Santana*  
*Sandrine Cordeiro Miranda*  
*Manuela Oliveira de Cerqueira Magalhães*

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo contínuo, sequencial e inevitável, acompanhado por modificações físicas, sociais, psíquicas e culturais. Inicia-se no mesmo dia que o indivíduo nasce e progride durante toda a sua vida, ou seja, conforme vive o ser humano envelhece. (HORN, 2013) No entanto, esse processo, embora seja inerente a todos os seres humanos, é altamente influenciável por diversas variáveis, como genética individual e hábitos de vida, de modo que é possível diferenciar dois tipos de envelhecimento: senescência e senilidade. O primeiro corresponde ao envelhecer fisiológico e saudável, enquanto o segundo ocorre secundariamen-



te a processos patológicos frequentes em idades mais avançadas e é, infelizmente, o tipo mais comum. (FRIES; PEREIRA, 2013)

O envelhecimento e a velhice resultante dele, notadamente presentes em todas as sociedades humanas, já tiveram diversas compreensões conforme período histórico, classe social e, principalmente, cultura. (HAREVEN, 1999) Ao decorrer da história houve muita fluidez nesses conceitos, de modo que já estiveram, por muitas vezes, associados à invalidez, inutilidade e doença e, por outras, à sabedoria, respeito e maturidade. (DARDENGO; MAFRA, 2018) Assim, é preciso deixar claro que não existe uma concepção única sobre o processo de envelhecimento, e sim visões variadas, distintas e únicas quando inseridas em seus respectivos contextos.

Na Grécia Antiga, apenas os idosos pertencentes à elite eram detentores de poder político e vistos como sábios, enquanto aqueles pertencentes a classes sociais inferiores eram invalidados, desprezados e delegados a serviços humilhantes, numa sociedade que valorizava fortemente a beleza e a juventude. (DARDENGO; MAFRA, 2018) Indo de encontro à concepção vigente em seu tempo, o filósofo Platão trazia uma nova visão de velhice associada a sabedoria e sensatez, em que os jovens deviam respeito e obediência aos idosos. (BORGES, 2007) Ainda nesse contexto cultural e histórico, Beauvoir (1990, p. 136) em sua obra *A velhice* traz as considerações de Aristóteles a respeito do envelhecimento: “É preciso que o corpo permaneça intacto para que a velhice seja feliz: uma bela velhice é aquela que tem a lentidão da idade, mas sem deficiências. O declínio do corpo acarreta o do indivíduo inteiro”.

Já na sociedade romana, os idosos eram altamente respeitados e possuíam posição privilegiada politicamente, recebendo o título de “patrícios” e compondo o Senado, além de gozarem de autoridade absoluta sobre as “pater famílias”. (BORGES, 2007) Visto que as novas gerações se revoltavam com tal situação, com a queda do Império Romano os idosos perderam seus privilégios e passaram a ser subjugados pelos mais jovens. (DARDENGO; MAFRA, 2018) Ressaltando as divergências nas concepções de velhice mesmo na História Antiga, os babilônios e hebreus davam grande importância a seus idosos, vistos como chefes naturais e tendo a imortalidade como um ideal a ser alcançado. (BEAUVOIR, 1990)

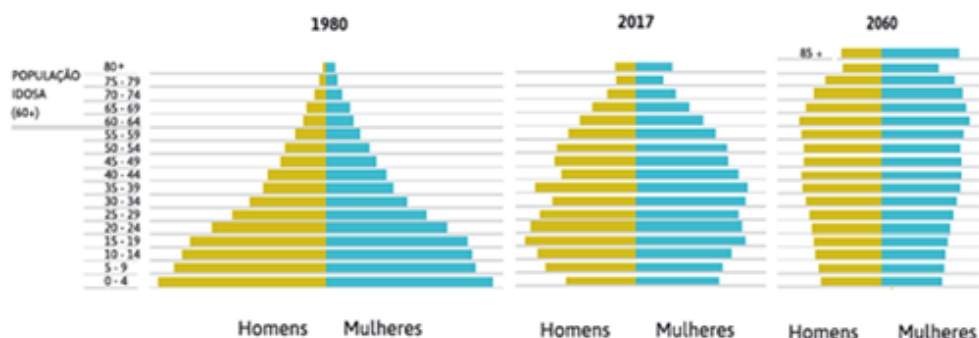
Avançando algumas centenas de anos na história, no século VI houve o estabelecimento de casas de repouso pela Igreja Católica, os chamados “asilos”, com base na ideia de que a velhice seria uma época de afastamento das atividades. (BEAUVOIR, 1990) Já na Idade Média, período de muitas guerras, em que consequentemente se valorizava muito a força física e a juventude, os velhos eram desfavorecidos e realizavam trabalhos degradantes ou mendigavam como forma de sobrevivência. (BORGES, 2007) Durante o Renascimento, muitas obras

escarneciam os idosos, como o livro *Elogio à loucura* de Erasmo de Roterdã, no qual ele compreendia a velhice “[...] como um fardo e a morte como necessária”. (DARDENGO; MAFRA, 2018, p. 7)

É importante, no entanto, abrir um parêntese para as sociedades orientais, em especial a China Antiga e o Japão, em que sempre houve grande valorização dos idosos como entidades dotadas de experiência e sabedoria, aos quais os mais jovens deviam obediência e respeito. Como importante influência para essa visão positiva estão os ensinamentos do filósofo chinês Confúcio, que defendia que a família seria a base de tudo e todos os membros dela deveriam obedecer ao integrante masculino mais velho. Nessas sociedades, admite-se que envelhecimento é um fenômeno natural, e a pessoa idosa deve ser tratada com amor, respeito e dignidade, cultura milenar passada de geração a geração. (FLORES SOBRINHO; OSÓRIO, 2021)

Já no período atual, o mundo vivencia o fenômeno de aumento da longevidade, mas ainda existe certa dificuldade social de compreensão do indivíduo idoso (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008) e da real desvinculação da velhice a um período de estagnação, debilidade e doença. (HORN, 2013) No entanto, é palpável que, de maneira geral, as concepções sobre velhice e o processo de envelhecimento são muito mais positivas e saudáveis do que outrora. Para tanto, é preciso destacar a importância dos grandes avanços alcançados nos estudos sobre o envelhecimento durante todo o século XX, que abriram caminho para uma filosofia mais otimista de velhice. (LOPES, 2000)

No Brasil, o aumento da longevidade vem ocorrendo desde a segunda metade do século XX, e o país vem sofrendo o processo de transição demográfica. Inicialmente foi percebida a queda na taxa de mortalidade e, a partir de meados da década de 1960, foi observada a queda da taxa de natalidade. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desde 1980, alterações na pirâmide etária vêm demonstrando uma participação cada vez maior dos idosos na composição geral da população em relação ao número de crianças, deixando a pirâmide demográfica cada vez mais retangular (Figura 1). Assim, inicialmente a previsão era de que a partir de 2060 o Brasil seria considerado um país de idosos, contudo, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2017 aponta que 14,6% da população brasileira têm 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 30,3 milhões de pessoas demonstrando que o envelhecimento da população brasileira é uma realidade.



**Figura 1** – Pirâmide etária absoluta  
 Fonte: IBGE (2017 apud BRASIL, 2018).<sup>1</sup>

Outro ponto que contribui para o fenômeno do envelhecimento é a taxa de fecundidade. A ascensão da mulher ao mercado de trabalho assim como o maior acesso a métodos contraceptivos, a intensificação do processo de urbanização e o aumento do nível de instrução permitiram uma redução pela metade no número médio de filhos por mulher em 30 anos. (OLIVEIRA, 2019) Segundo o IBGE (2016) a taxa de fecundidade no Brasil, em 2015, era de 1,72 filhos por mulher.

De acordo com o IBGE (2020), a expectativa média de vida no Brasil foi de 76,6 anos em 2019, sendo entre os homens 73,1 anos e entre as mulheres 80,1 anos. O aumento da expectativa de vida está relacionado com a melhoria das condições de vida com acesso a serviços de saúde, avanços tecnológicos na área médica, melhora das condições de moradia com fornecimento de saneamento básico, água encanada, melhora dos níveis de escolaridade, entre outros. Na Bahia, de acordo com o Censo Demográfico de 2000, a população de idosos era cerca de 0,7 milhões de pessoas, enquanto em 2010, essa população de 65 anos ou mais passou para cerca de 1 milhão de pessoas. (BAHIA, 2015) Dessa forma, observa-se uma mudança importante na estrutura demográfica brasileira e baiana, que aponta um rápido envelhecimento populacional. Em contrapartida percebe-se a diminuição do crescimento da população entre 15 e 65 anos, considerada população economicamente ativa. Assim, estas mudanças trazem novas demandas sociais e econômicas, sendo necessária à implementação de políticas públicas a fim de atender as necessidades deste público.

Outro ponto, é que com a queda de natalidade e redução do número de crianças associado ao aumento da expectativa de vida, percebe-se que o país apresenta uma

1 Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil\\_Amigo\\_Pessoa\\_Idosa/Documento\\_Tecnico\\_Brasil\\_Amigo\\_Pessoa\\_Idosa.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pessoa_Idosa/Documento_Tecnico_Brasil_Amigo_Pessoa_Idosa.pdf). Acesso em: 29 jul. 2021.

elevação do segmento dos mais idosos, composto por pessoas a partir dos 80 anos. Para Carvalho e Wong (2006 apud OLIVEIRA, 2019), nas próximas décadas, o declínio da mortalidade no Brasil, se concentrará, provavelmente, nas idades mais avançadas o que terá como efeito uma aceleração do processo de envelhecimento.

O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico em todo país. Essa mudança está associada a uma transição epidemiológica, na qual destacam-se a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, comuns em crianças e adolescentes e o aumento da importância de doenças crônico-degenerativas, típicas do envelhecimento. Estas mudanças produzem demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar. (VASCONCELOS; GOMES, 2012)

Neste sentido, para orientar sobre as ações e as estratégias a serem adotadas para um envelhecimento saudável são estabelecidos marcos normativos e legais, uma vez que, com a mudança demográfica, a população idosa cresce e passa a demandar olhares mais atentos do governo, da saúde, do campo acadêmico e científico, da economia e de muitos outros setores da sociedade. (FREITAS; PY, 2016) Com isso, tem-se, então, uma população que transita de um contexto de desvalorização para um contexto em que está vivendo mais e ainda está apta ao exercício da cidadania. Mas que, para isso, precisam de direitos regulamentados e assegurados, criando condições em equidade para um envelhecimento ativo e saudável.

Alguns exemplos desses marcos no Brasil são a Política Nacional do Idoso, de 1994, e o Estatuto do Idoso, de 2003, além da Constituição de 1988, que terão seus principais pontos abordados neste capítulo, por alavancarem a inserção dessas pautas no cenário legislativo nacional.

Direito à cidadania, à dignidade humana, à assistência social e ao bem social comum, sem discriminação. Estes são alguns pontos que permitem à Constituição Federal de 1988 a abertura de portas no âmbito nacional para a discussão dos direitos dos idosos, sobretudo no que se refere às dificuldades em assegurá-los. (BRASIL, 1988)

É nesse momento histórico que é sancionada a Lei nº 8.842, em 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, a qual visa assegurar os direitos sociais dessa população. Por meio de seus princípios e diretrizes, coloca o idoso como cidadão e discorre sobre meios que possibilitem a sua autonomia e participação ativa na sociedade, sendo, sobretudo, atuante na formulação de políticas. (BRASIL, 1994) Além disso, orienta e apoia o desenvolvimento de estudos sobre o processo de envelhecimento e de práticas educativas sobre esse assunto destinadas à população em geral, a fim de adequar o convívio saudável entre as gerações. Dessa forma, a política torna-se uma importante aliada para a implementação dos

direitos à saúde, pois reafirma a adoção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção ao idoso e passa a valorizar a Geriatria como especialidade clínica, bem como as suas particularidades epidemiológicas. (BRASIL, 1994)

Com o avanço das lutas e com a expansão internacional e nacional das pautas relacionadas aos direitos dos idosos, no dia 1º de outubro de 2003, é sancionada a Lei nº 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Com o objetivo de regular os direitos assegurados às pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, fortalece o que foi estabelecido pela Política Nacional do Idoso, com regras mais amplas e detalhadas, conforme o seguinte:

Esta lei é muito abrangente, pois trata dos direitos fundamentais, medidas de proteção, políticas de atendimento, da fiscalização das entidades de atendimento, das infrações administrativas, acesso à justiça, da proteção judicial dos interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis ou homogêneos e disposições gerais. (FREITAS; PY, 2016, p. 3464)

Além disso, o estatuto trata sobre a violência contra o idoso, trazendo o caráter punitivo para quem a exerce, bem como sobre a necessidade de notificação compulsória pelos serviços de saúde em casos suspeitos ou confirmados. (BRASIL, 2003)

No âmbito internacional, em 2002, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou orientações sobre o envelhecimento ativo tendo como três orientações prioritárias: 1. pessoas idosas e o desenvolvimento; 2. promoção da saúde e bem-estar na velhice; e 3. criação de ambiente propício e favorável. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003) Assim, no intuito de atender aos pilares estabelecidos, o Brasil lançou em 2018 a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa que estabelece as responsabilidades de cada ente federado na política de atenção ao envelhecimento saudável.

De acordo com Matheus Papaléo Netto (2016), muitos são os avanços referentes aos direitos dos idosos no Brasil, principalmente no desenvolvimento de estudos e pesquisas relacionados ao processo de envelhecimento. Cada vez mais os idosos estão ocupando os espaços da sociedade e buscando qualidade de vida, conforme seus direitos são assegurados. No entanto, as limitações ainda existem e merecem atenção. O preconceito pode ser observado quando pessoas idosas são consideradas ultrapassadas e menos capazes na sociedade, sofrendo um processo de marginalização, o que impacta na sua saúde e no seu bem-estar. Sobre os cuidados da pessoa idosa dependente, a legislação os coloca sob obrigação da família antes do Estado e, muitas vezes, esta negligência as ações e investimentos nesse setor. (FREITAS; PY, 2016) Outro fator importante é a falta de conhecimento dos idosos sobre os seus próprios direitos, o que acaba por desacelerar as conquistas. Por isso a importância de educar toda a população sobre essa temática, possibili-

tando, dessa forma, a pressão ao Estado pela efetivação da vasta legislação sobre os direitos dos idosos no Brasil.

Todos esses avanços e conquistas de direitos, no Brasil e no mundo, são resultados dos esforços de muitos pesquisadores, que se dedicaram a estudar a dinâmica relacionada ao processo de envelhecimento, e se tornaram pioneiros no estudo do idoso e de sua complexidade. Dentre os vários profissionais envolvidos na produção de conhecimentos na área de saúde dessa população, pode-se frisar a participação de quatro pesquisadores. O primeiro deles, Elie Metchnikoff, acreditava na possibilidade do ser humano alcançar uma velhice fisiológica e, visando alavancar os estudos sobre essa temática, propôs a criação da Gerontologia como uma nova especialidade da ciência. (PAPALÉO NETTO, 2016) Embora não tenha conseguido apoio e atenção da sociedade científica, suas ideias contribuíram fortemente para a fundação de uma nova especialidade médica, a Geriatria, por Ignatz Leo Nascher. Além desses, é importante apontar também a importância de G. Stanley Hall (1922 apud LOPES, 2000), que, em seu livro *Senescence: the last half of live*, afirmava que as pessoas idosas possuíam recursos até então não apreciados, indo de encontro a crença de que a velhice seria “o reverso da adolescência”. No entanto, durante um longo período, a Geriatria ficou limitada somente aos aspectos biológicos do envelhecimento, até a chegada de Marjorie Warren, que promoveu significativo avanço dessa ciência por meio do início da implementação de ações da avaliação geriátrica especializada com abordagem multidisciplinar ao idoso. (MATTHEWS, 1984) O impulso trazido por essas contribuições evidenciou-se pelo surgimento de número cada vez maior de trabalhos nessas áreas, além da criação de instituições como a Sociedade Americana de Geriatria em 1942 e, em destaque, a Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria – International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG).

Grande parte da importância da IAGG reside no fato de ter sido um marco fundamental no reconhecimento da Gerontologia enquanto uma área específica da ciência (LOPES, 2000), a partir de sua criação em 1950, no Congresso Internacional de Gerontologia na Bélgica. Atualmente, essa associação atua em prol da garantia dos interesses gerontológicos globalmente e na promoção de pesquisas e treinamentos na área, contando com representação em mais de 60 países, incluindo o Brasil – através da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS, 2021) A SBGG, por sua vez, é um departamento da Associação Médica Brasileira (AMB) e é composta por seções em quase todos os estados do país, aqui com destaque especial para a SBGG-Bahia, que foi a terceira seção estadual criada e, portanto, uma das pioneiras no Brasil (SBGG).

O pequeno embrião da SBGG surgiu em 1954, quando, por intermédio do senador Atilio Vivacqua, capixaba, deu-se o que pode ter sido o primeiro passo numa discussão rumo ao desenvolvimento da Geriatria e Gerontologia no Brasil, uma proposta de lei no Senado Federal, em que foi proposta a criação do Serviço Nacional de Assistência à Velhice, que seria um programa subordinado ao Ministério da Saúde e organizado por todo o país, o que representaria grande avanço no cuidado à população idosa em um tempo em que pouco se pensava nisso. Em uma sessão bem documentada pelos *Anais* do Senado do ano de 1954, o senador Atilio defende com diversos dados nacionais e internacionais ressaltando a importância de se atentar à saúde do idoso. (BRASIL, 1954) Infelizmente, após dez anos de trâmites legais no senado, o projeto não foi aprovado, entretanto, acredita-se que a proposta tenha dado voz ao tema e unido médicos em prol da causa, o que culminou com a colaboração que levou à fundação da, então, Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG) em 1961.

Já a Bahia ganhou importante notoriedade no contexto da Geriatria e da Gerontologia brasileira, afinal pôde-se observar um importante protagonismo no estudo e no ensino da temática desde a década de 1970. Em 1971, nasce a seção Bahia da SBGG e, com ela, grandes alterações na forma de se compreender e atuar sobre a saúde da população idosa.

Ademais, já em 1979, o estado era o palco da realização do V Congresso Nacional de Geriatria, feito que voltaria a repetir em 2004, na XIV edição do evento. Esses fatores, associados a uma série de políticas públicas voltadas à saúde do idoso, materializadas em centros de referência e em leis estaduais voltadas à garantia da integralidade e multidimensionalidade do cuidado, corroboram para eleger o território baiano como protagonista no cenário da Geriatria e Gerontologia brasileira.

Dito isso, torna-se clara a importância do conhecimento sobre a saúde da população idosa diante da realidade demográfica atual vivida no globo, como também, da necessária valorização desses indivíduos, muitas vezes marginalizados. Além disso, é necessário entender como todo esse aprendizado se solidificou, e resultou em instituições que visam o estudo, o bem-estar e a proteção ao idoso. Neste capítulo, o foco será a história da Geriatria no Brasil e na Bahia, ressaltando a história institucional da SBGG e SBGG-Bahia, e, ainda, trazendo aspectos históricos relacionados a ensino e cuidado geriátrico na Bahia. É necessário falar que este capítulo não abordará, de forma principal, a Gerontologia, pois o foco do capítulo será a história da especialidade médica Geriatria, porém é indiscutível que o cuidado da pessoa idosa é multidimensional, e dessa forma, Geriatria e Gerontologia são inseparáveis na prática em saúde. Assim, boa leitura!

## HISTÓRIA DA GERIATRIA NO BRASIL E NA BAHIA

Após resgate histórico do contexto sociodemográfico no qual a pessoa idosa está inserida, adentra-se, neste momento, na história da Geriatria no Brasil e na Bahia. Tendo como ponto de partida o marco histórico da criação da SBGG, busca-se conhecer a história da sua fundação e a criação da sua seção na Bahia, além de entender como o cuidado ao idoso e o ensino em Geriatria foram implementados no estado.

### SBGG

Embora a Geriatria já fosse um tema bem discutido entre médicos no exterior, com ênfase nos Estados Unidos, representado principalmente pela fundação da IAGG em 1950, o tema só veio à tona e passou a ser bem debatido no Brasil após 1954, com a instituição pelo Senado Federal do Serviço Nacional de Assistência à Velhice. Após criado o serviço, o debate no campo da Geriatria e Gerontologia cresceu, trazendo à tona a necessidade de aumentar os estudos no país. Movidos por essa motivação um grupo de médicos se juntou três anos depois, em 1957, para, vinculados à Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil – atualmente Universidade Federal da Rio de Janeiro (UFRJ) – realizarem aquele que foi o pontapé inicial nos estudos desta especialidade médica no país. De 13 a 15 de maio daquele ano ocorreu a mesa redonda sobre Gerontologia, na qual diversos médicos participaram em palestras de 20 minutos nas quais se debateu o impacto do envelhecimento sobre os diversos órgãos e sistemas do corpo humano. Movido pelo seu pioneirismo o evento foi um grande sucesso e marcava não só o início da união de profissionais para estudos nessa área, mas também o início da aliança com as universidades.

Após o sucesso de um primeiro evento, os profissionais entenderam a necessidade de se criar um grupo para que a especialidade se tornasse cada vez mais difundida, e assim, através da união e esforço conjunto dos médicos Roberto Segadas Viana, Abrahão Isaac Waissman e Paulo Celso Uchôa Cavalcanti, foi fundada em 3 de julho de 1961, no Rio de Janeiro a Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG), tendo sido escolhido como seu primeiro presidente o prof. dr. Deolindo Couto que teria mandato em 1961 e 1962. Em agosto daquele que seria o segundo ano de fundação da sociedade ocorreria então o primeiro evento oficial enquanto organização já fundada, seria o curso de extensão universitária Problemas da Medicina Geriátrica, novamente ligado à Universidade do Brasil. O curso se deu com aulas daqueles que se juntaram na fundação da SBG, com aulas três vezes por semana, durante um mês. Os anos de 1963 e 1964 não repetiram o sucesso,



proatividade e motivação dos anos anteriores, isso se deve à morte do dr. Roberto Segadas, um enorme entusiasta da sociedade, sendo responsável por muito trabalho dentro desta. Ocorre então apenas em 1965 a eleição de uma nova diretoria.



**Figura 2** – Programação do primeiro evento de Geriatria e Gerontologia realizado no Brasil  
 Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2021).

No ano de 1967, há um grande marco para a então SBG, a difusão para além das fronteiras do Rio de Janeiro, como era de interesse daqueles que a fundaram. Isso se deu através da criação da seção estadual do Rio Grande do Sul (SBG-RS), este importante salto aconteceu graças ao convite do prof. Álvaro Barcellos Ferreira para que fosse realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS) a Jornada Brasileiro-Argentina de Geriatria e Gerontologia, ocorrido entre 1º e 5 de outubro daquele ano, levando os estudos da área para um novo patamar no país e mostrando também a força da aliança às universidades.

Para que a antiga SBG adotasse seu nome atual, de Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em que são admitidos também profissionais não médicos, foi importante o elo entre essas áreas complementares. A aproximação se deu através de um simpósio em Geriatria realizado na Academia Brasileira de Farmácia, mas principalmente com um curso de iniciação em Gerontologia, realizado no Hospital São Francisco de Assis, da UFRJ. Foi um espaço de muito crescimento em que médicos apresentaram temas de Geriatria e gerontólogos contribuíram com temas nas diversas áreas. Observando a importância e engrandecimento que obtinham através da multidisciplinaridade, a SBG realiza em 1969

o I Congresso Nacional de Geriatria e Gerontologia, já com grande participação de profissionais não médicos e nesse período passa a adotar sua nova denominação, que incluindo a gerontologia tornava-se SBGG.



**Figura 3** – Acadêmicos reunidos no I Congresso Nacional de Geriatria e Gerontologia  
Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2021).

O ano de 1969 foi sem dúvida um dos mais marcantes na história da SBGG, que além de uma nova intitulação, teve também neste ano a autorização da AMB para realizar concursos e conceder os títulos de especialista em Geriatria e Gerontologia, sendo o dr. Frederico Alberto de Azevedo Gomes o primeiro a receber o título da sociedade. Outro evento marcante daquele ano foi o lançamento da *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, bastante importante na divulgação de conteúdos e fomento à produção científica na área. Superando as expectativas iniciais, foram produzidos, ao todo, 2.500 exemplares, distribuídos para associados, faculdades de Medicina, asilos e instituições internacionais, servindo como divulgação da SBGG, principalmente internacionalmente, já que possibilitou o convite de geriatras e gerontólogos brasileiros para contribuírem com seus pares estrangeiros. Infelizmente, não houve captação de patrocínio para que a revista tivesse nova edição. A busca por novas publicações seguiu e em 1977 com iniciativa do dr. Frederico Alberto de Azevedo Gomes é criada uma nova revista:

*Anais Brasileiros de Geriatria e Gerontologia*, sendo publicada em quatro edições. Em novo lançamento, desta vez com patrocínio do Laboratório Aché, fundou-se a revista *Geriatria em Síntese*, que resistiu de 1982 a 1988. Após grande interrupção nas publicações pela SBGG, em 7 de julho de 2006 é lançada novamente a *Revista Geriatria & Gerontologia*, continuando aquela que foi a primeira a ser lançada, sendo publicados materiais científicos, notas e comunicados da SBGG, visando sempre contribuir para uma melhor prática da Geriatria.

Atualmente, a SBGG possui 18 seções estaduais e cerca de 2.700 associados. Possui sede própria no Rio de Janeiro e através de seus membros difundiu a Geriatria pelas universidades a partir da criação de cursos, estágios e programas de residência, é responsável também pela realização dos Congressos Brasileiros de Geriatria e Gerontologia a cada dois anos, e ganhou grande destaque internacional com a realização, em 2005, do XVIII Congresso Mundial de Gerontologia e com o brasileiro Renato Maia Guimarães presidindo a IAGG. É importante também reconhecer a luta da SBGG para garantir um melhor atendimento médico à população idosa, através do aumento no tempo de consulta para esta população, bem como pela institucionalização da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) no país, garantindo em 2012 a categoria 2B na Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

## BAHIA

A partir desse momento, voltam-se os olhares para a história da Geriatria no estado da Bahia, passando pela criação da SBGG-BA, adentrando no passado de locais de referência no atendimento aos idosos como o Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI) e as Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), e conhecendo a implementação do ensino em Geriatria no estado: residência no Hospital Irmã Dulce e na graduação da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB).

## SBGG-BA

Tomando como ponto de análise o estado da Bahia, a SBGG teve sua seção baiana fundada no ano de 1971, se configurando como uma importante ferramenta na representação da Sociedade nos Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso. O estado da Bahia, inclusive, foi local escolhido para realização do Congresso Brasileiro de Geriatria por duas vezes, em 1979 e em 2004, abrigando o V e o XIV congressos, respectivamente.

A SBGG, de uma maneira geral, incluindo a seção Bahia, é filiada à AMB e à IAGG e, por esse motivo, se evidencia no contexto baiano como protagonista no

ensino, na formação e na fiscalização dos cuidados destinados à pessoa idosa, de maneira atualizada e condizente com as deliberações nacionais e internacionais acerca desse cuidado. (SILVA, 2016) Destaca-se, como membro do Conselho Consultivo Pleno da SBGG, o médico geriatra baiano Adriano Cesar Gordilho.

Atualmente, a seção Bahia é presidida por Lucas Kuhn Pereira Prado (presidente) e Jonas Gordilho Souza (vice-presidente), contando também com uma série de membros, envolvendo diretores e secretários, que possibilitam uma importante atuação da sociedade em território baiano, abrangendo publicações de artigos científicos, representatividade nos conselhos estadual e municipal do idoso, capacitação de profissionais e, por fim, garantem melhor compreensão dos cuidados destinados à pessoa idosa.

A regularização do regimento da SBGG na Bahia precisou, desde sua criação, conversar bem com o contexto e as particularidades da sociedade baiana, pois, embora exista um estatuto bem estabelecido e por muitas vezes, desde seu primeiro formato, modificado, ainda se faziam necessárias adaptações à ação da SBGG no contexto da saúde do idoso na Bahia. Paralelamente a isso, se faz importante destacar a criação do CREASI em 1994 e da Política Estadual da Pessoa Idosa, em 2013, como elementos institucionais baianos que precisam interagir com os princípios e as diretrizes da SBGG, visando a garantir um cuidado integral e adequado aos idosos baianos.

A Área Técnica da Saúde do Idoso (ATSI), previamente denominada Programa Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (PROSI), é uma ferramenta muito importante através da qual os governos estaduais e municipais conseguem apoiar os municípios na formulação e implementação dos cuidados integrais à população idosa. Essa área técnica funciona como um compilado de orientações técnicas que conduzem os municípios a implantarem medidas multidisciplinares nos cuidados da pessoa idosa e, para isso, deve seguir os princípios e orientações estabelecidos pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Ainda quando denominado PROSI, um dos frutos das propostas do programa foi a criação do CREASI, em 1994, centro que até hoje é sinônimo de cuidados ampliados e multidisciplinares de excelência destinados aos idosos, atendendo principalmente casos difíceis e que evidenciem fragilidade nos idosos que receberão cuidados.

As orientações de cuidado as quais a ATSI fornece aos órgãos estaduais e municipais lança mão de um recurso muito importante: a caderneta de saúde da pessoa idosa. Essa caderneta advém da ação do Ministério da Saúde para a garantia da qualidade de vida e avaliação multidimensional do idoso e perpassa pelas orientações da ATSI, garantindo o cuidado holístico dos usuários.

Dentre as ações desenvolvidas pela ATSI, é válido destacar o acompanhamento e a avaliação dos Indicadores de Saúde da População Idosa, o apoio a

formulação de protocolos assistenciais que possibilitem a organização da rede de serviços de atenção a pessoa idosa, apoio técnico aos municípios, na organização da linha de cuidado para atenção integral às pessoas idosas no SUS, ações para o fortalecimento das abordagens ao envelhecimento ativo e o incentivo à adesão, implantação e implementação da caderneta de saúde da pessoa idosa. (SILVA, 2016) A Secretaria de Saúde usa dessas ações e orientações da ATSI para garantir que sua função seja cumprida, diante de uma proposta de cuidado multidimensional e integral à pessoa idosa.

### *Cuidado Geriátrico na Bahia*

Nesta seção, o cuidado em Geriatria na Bahia será abordado a partir da perspectiva histórica de dois locais muito importantes no atendimento do idoso no estado: CREASI e OSID.

#### CREASI

Nos primeiros anos da década de 1990, foi divulgada a portaria que trazia a ideia da criação de centros de referência na Bahia, entre eles estava o CREASI. A proposta era a criação de uma unidade que atendesse apenas idosos e que contasse com a participação de várias especialidades médicas, porém essa política nunca foi colocada em prática, ficando apenas no papel. Em 1996, passou a valer uma nova dinâmica de organização do SUS, que trazia a ideia de hierarquização dentro do sistema de saúde, de forma que o SUS não comportaria mais um centro de referência – como o CREASI era descrito – em seu modelo de funcionamento.

Logo, como uma forma de inserir o CREASI dentro do sistema de saúde, ele foi implementado como um modelo para a referência da atenção básica. Os idosos encaminhados para o centro, seriam os que por alguma razão não tivessem sua demanda acolhida na atenção básica.

O CREASI foi inaugurado em 28 de janeiro de 1999, com 28 servidores. Uma pequena equipe de profissionais com experiência em Geriatria e Gerontologia foi recrutada do Hospital São Jorge e, a partir desse momento, o centro passou a realizar treinamentos internos com os profissionais para promover a capacitação de todos os funcionários. Em 2004, o CREASI mudou sua sede para perto da frente do Shopping Iguatemi, em Salvador. Em 2009, um curto-circuito em um ar-condicionado provocou um incêndio no prédio do CREASI. Os atendimentos foram transferidos, principalmente para um contêiner no estacionamento do prédio, até outubro de 2010, quando foi terminado o conserto do prédio. No incêndio foram perdidos 20 prontuários. (SESAB, 2021)

No início das atividades, o critério de admissão dos pacientes era que fossem idosos com mais de 60 anos e que tivessem mais de cinco problemas de saúde. Porém, essa triagem não funcionava bem, pois o CREASI acabava por exercer a função da atenção básica, como também, os critérios eram muito abrangentes.

A partir desse momento, os critérios de admissão foram reformulados e passou-se a considerar os “Is geriátricos” (Insuficiência Urinária, Imobilidade, Instabilidade Postural, Iatrogenia e Insuficiência Cerebral). Porém, devido à alta demanda e falta de espaço –, o CREASI era em Brotas e dividia o espaço disponível com o Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiências (CEPRED) – o modelo de admissão foi se tornando novamente ineficiente.

Depois, foi criado o modelo de atendimento baseado em cinco ambulatórios que compunham o serviço do CREASI: AMBULAR (sequelas de AVC e fratura), ADEM (demências), APSIS (psicossocial), AME (movimentos involuntários) e NONA (pacientes com mais de 90 anos). A atenção básica encaminhava para o CREASI pacientes que preenchiam esses perfis, com exceção dos nonagenários que tinham acesso direto. Concomitantemente com os ambulatórios, foi instalada a farmácia, para distribuição de medicamentos de alto custo – atualmente a farmácia continua em atividade, na distribuição de medicamentos para doença de Parkinson e doença de Alzheimer, por exemplo, para pacientes do CREASI ou não. A equipe, nessa época, também estava crescendo e o atendimento ocorria em miniequipes de médicos, enfermeiros e assistente social. Todavia, logo esse modelo também foi sobrecarregado e foi necessária outra mudança.

O novo modelo pretendido foi discutido durante um ano e meio com a sociedade civil, Secretaria de Saúde, Conselho Estadual do Idoso e Ministério Público. A nova logística que seria implementada era baseada, não em patologias específicas, e, sim, na questão de funcionalidade do idoso, na sua capacidade de exercer atividades de vida básicas e instrumentais. Essa já era uma visão que a ONU e o Ministério da Saúde também já estavam começando a ter e se tornou o modelo que está vigente até hoje. O paciente passa por uma triagem na atenção básica, feita por meio de uma ficha que analisa capacidade funcional, quantidade de medicamentos, entre outros aspectos. Contudo, é importante ressaltar que o cuidado do CREASI é paralelo ao cuidado oferecido pela atenção básica, pois são as unidades de saúde que vão dar o apoio para ela nas suas demandas mais básicas. (SESAB, 2021)

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelo CREASI. Um exemplo é o atendimento de pacientes do interior da Bahia, que possuem a dificuldade da distância no acesso ao centro, porém, a telemedicina e programas de matriciamento para ajuda dos profissionais que trabalham no interior já fazem uma significativa diferença para suprir parte dessa adversidade. Sendo um dos grandes centros de

saúde do idoso, o CREASI já recebeu prêmios do Banco Real na área de Talentos da Maturidade, como também, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) por seu excepcional serviço na área de Geriatria que corroboram enfatizar sua excelência como serviço público ofertado à população, bem como a sua grande importância para a sociedade baiana como um todo.

### Obras Sociais Irmã Dulce

O Centro Geriátrico Júlia Magalhães – que depois passou a se chamar de Centro de Geriatria e Gerontologia Julia Magalhães – foi criado em 1986 por Irmã Dulce. Ela tinha um olhar muito especial para a população idosa e veio dessa mentalidade a ideia e vontade de criar um centro especializado na saúde dessa população dentro da OSID. Com a criação do centro, surgiu a necessidade de buscar profissionais capacitados ou capacitar outros profissionais para o cuidado geriátrico. A equipe do centro, então, recebeu uma capacitação no Rio Grande do Sul, local onde foi implementada a primeira residência de Geriatria – São Paulo foi o segundo local. Em 1989, o centro geriátrico se tornou centro de referência, e se consolidou como residência de Geriatria, a terceira do Brasil. A história da residência em Geriatria no Hospital Irmã Dulce será melhor explorada mais à frente no capítulo.

Muitos foram os desafios encontrados durante todos esses anos de existência. Há os desafios da própria estrutura da saúde pública, como também, os preconceitos sociais associados à população idosa. Além disso, a falta de profissionais capacitados, também, foi um grande problema, pois era o próprio centro, com a residência, que capacitava os profissionais. Atrelado a essa situação, existe a falta de interesse dos estudantes de Medicina nessa área de cuidado, porque há um fraco apelo de mercado.

*Temos as dificuldades próprias do sistema de saúde público e temos associados a isso as dificuldades dos preconceitos, das discriminações em relação aos idosos. E a gente tem ainda hoje, melhorou bastante, mas até então, a gente tem que ter muita paciência, persistência, insistência e não desistência para mostrar às pessoas o valor da velhice, o valor que a vida do idoso tem. (Josecy Maria Peixoto)<sup>2</sup>*

Porém, mesmo frente a tantos desafios, a obra de Irmã Dulce conseguiu se manter. Entre as vitórias conquistadas em 30 anos de programa, está o fato de o Serviço de Geriatria da OSID ter capacitado dezenas de profissionais médicos,

---

2 Entrevista (depoimento) da doutora e atual coordenadora da residência de Geriatria no Irmã Dulce, Josecy Maria de Souza Peixoto, sobre a história da Geriatria na Bahia fornecida para a aluna Sabrina Schmitz Medeiros em 25 de junho de 2021.

além de contribuir para a formação de toda a equipe interdisciplinar que passou pelo serviço nesse período. Todos os geriatras que se formam na OSID saem capacitados para entregar para a população assistida um cuidado de qualidade.

O Centro Geriátrico conta com 3 alas que abrigam, cada, 9 enfermarias de 8 leitos, totalizando 216 leitos. Inicialmente todos esses leitos eram uma morada de idosos, atualmente denominada como Instituição de Longa Permanência para os idosos (ILPI), com o objetivo de assistir idosos abandonados ou que a família não tivesse condições ou forma de cuidar. Posteriormente, com a necessidade de enfermarias que prestassem assistência a moradores que apresentavam quadros de doenças agudas, foram separadas 2 enfermarias, uma masculina e uma feminina, que prestavam assistência hospitalar. Após uma determinação do Ministério da Saúde em 2006, foram reduzidos os leitos de moradia, ficando 72 deles (ILPI). Foram mantidos os 16 leitos para assistência a doenças agudas e os outros foram distribuídos em leitos de cuidados paliativos (16), reabilitação (16), doenças não agudas (96). Uma das primeiras unidades de cuidado paliativo, na Bahia, foi na OSID. (MAGALHÃES, 2021)

Toda essa estrutura é bastante dinâmica, baseando sua disponibilidade de leitos na epidemiologia atual da população, e ainda, na realidade da saúde brasileira. Isso foi reforçado no curso da pandemia de covid-19 em 2020, quando houve um grande impacto da distribuição de arranjo de leitos, de forma que, apenas, os leitos de ILPI foram totalmente conservados e os outros foram remanejados para atender essa demanda.

O Centro Geriátrico, também, presta serviços ambulatoriais, com aproximadamente 2 mil atendimentos mensais. Esses atendimentos envolvem cuidado interdisciplinar, com médicos, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Psicologia, Nutrição e musicoterapia, além de consultas individuais e grupos de promoção e prevenção em saúde.

O centro conta com grupos de convivência – Grupo Renascer e Grupo Bom Viver – que proporcionam reabilitação – física, mental e social – e promoção de saúde para os idosos, como também, os Centros Dias, que possuem objetivos muito semelhantes. O início de criação desses grupos veio quando se percebeu que muitos idosos passavam períodos ociosos muito longos no ambulatório. Dessa observação feita pelos trabalhadores do centro, surgiu a ideia de criar esses grupos: para falar com os idosos sobre nutrição, cuidado com higiene, com os dentes, entre outras várias temáticas. Hoje, contando todos os grupos e Centros Dias, mais de 300 idosos são atendidos, e muitos desses idosos têm melhoria do seu quadro clínico, com diminuição de sintomas ou medicamentos.



É necessário que exista sempre um olhar multidimensional para o idoso, pois essa população muitas vezes é invisibilizada e estigmatizada. Toda a sociedade, quem está e quem não está estudando Medicina, precisa tirar a carga negativa que existe sobre o envelhecimento e sobre o idoso, o qual, muitas vezes, sofre preconceito, apenas, porque é velho – todo esse processo de deslegitimação e preconceito contra o idoso, chama-se “ageísmo”.

*Porque, assim, você tem isso dentro de casa, o que as pessoas esperam de uma pessoa idosa? Que ela coma, sem abusar ninguém, que ela ande, sem abusar ninguém, e que ela fale, se ela está fazendo essas três coisas, não me importa a qualidade, pra sociedade está bom. Então a gente tem que mudar esse olhar. Porque a pessoa tem que falar, mas tem que falar bem, tem andar bem com segurança, tem que comer com qualidade, então as pessoas aceitam muito a desqualificação como sendo coisa da velhice. (Josecy Maria Peixoto)*

Sempre deve-se pensar que só não vai envelhecer quem, infelizmente, morrer antes. A velhice é uma fase do processo da vida. “Temos que nos perguntar: qual cuidado cada um gostaria de receber quando isso acontecer? Qual o sentido de viver muito se não for com qualidade? Por que desejamos envelhecer e discriminamos quem está velho?”. (MAGALHÃES, 2021)

### *Ensino de Geriatria na Bahia*

Nessa sessão será abordado como aconteceu a implementação do ensino de Geriatria na Bahia, a partir da instituição da residência de Geriatria no Hospital Irmã Dulce em 1990, como também, a criação de disciplinas voltadas para o cuidado do idoso dentro da FMB.

#### Residência de Geriatria no Hospital Irmã Dulce

A residência de Geriatria no Hospital Santo Antônio foi a terceira residência no Brasil e por muitos anos a única do Norte-Nordeste do país. Instituída em 1990 pela iniciativa e sensibilidade de Irmã Dulce, que, naquele momento, sentiu a necessidade de formar profissionais médicos especializados no cuidado com o idoso na Bahia e dessa maneira qualificar o atendimento a esse público a curto e, também, a longo prazo. A criação da residência médica foi apoiada pelo dr. George Barreto, que fazia parte do PROSI, em parceria com o dr. Adriano Gordilho, que fazia parte do corpo médico do Centro Geriátrico Júlia Magalhães, juntamente com a dra. Mônica Rebouças e outros médicos do serviço, e que fo-

ram seus primeiros preceptores. Nessa época, existia residência de Geriatria apenas no Rio Grande do Sul e São Paulo, locais onde, também, já havia serviços mais estruturados no atendimento ao idoso. Segundo Magalhães (2021): “Irmã Dulce montou uma equipe, e os médicos que participavam da equipe resolveram fazer a formação em Geriatria, solicitando apoio a Irmã Dulce, que os atendeu, ajudando na capacitação em cuidados geriátricos no Rio Grande do Sul”. Desde o seu início, a residência funcionava com uma equipe multidisciplinar, considerada um fundamento básico do ensino da Geriatria e, também, de extrema importância para compreender a integralidade do paciente idoso. Em seus 30 anos de existência, em funcionamento paralelo com um programa de estágio, já formou mais de 60 profissionais geriatras, tornando-se um serviço nacionalmente reconhecido.

Muitos desafios foram enfrentados inicialmente para a implementação e consolidação do serviço. Um deles sendo a dificuldade no reconhecimento da Geriatria como especialidade médica e de sua fundamental importância, tanto entre a categoria médica, que, muitas vezes, compreende o cuidado ao idoso como uma simples aplicação dos conhecimentos da clínica médica básicos, quanto na sociedade, que negligencia a busca do cuidado especializado, o que compromete, de forma significativa e em vários aspectos, o cuidado ao paciente quanto ao crescimento da Geriatria como especialidade.

Josecy Peixoto, coordenadora da Residência Médica em Geriatria e Gerontologia no Hospital Santo Antônio, OSID, desde 1993 até a presente data, pontua: “À medida que o entendimento de qualidade de assistência ao idoso fica comprometido, há uma desqualificação da assistência ao idoso”.<sup>3</sup>

Nesse sentido, por conta dessa mentalidade que persiste, o sistema de saúde brasileiro, ainda não está preparado para atender pessoas idosas. Muitas vezes, há o encaminhamento do paciente idoso para um serviço geriátrico quando o grau de comprometimento e fragilidade já estão bastante acentuados. Assim, o Geriatra é obrigado a exercer uma assistência, na maioria das situações, imediatista e, em muitos casos, paliativa. Se o paciente fosse encaminhado em um momento mais precoce, já que o modelo de assistência médica ao idoso deve priorizar a prevenção e o reconhecimento precoce do risco de declínio funcional e/ou cognitivo, poderia ter sido prestada uma assistência mais adequada para proporcionar ao paciente um envelhecimento com maior qualidade.

Além disso, esse falso entendimento sobre saúde da população idosa, também, promove um desinteresse pela especialidade em estudantes de Medicina.

---

3 Entrevista (depoimento) da doutora e atual coordenadora da residência de Geriatria no Irmã Dulce, Josecy Maria de Souza Peixoto, sobre a história da Geriatria na Bahia fornecida para o aluno Filipe Azevedo Gomes dos Santos em 29 de junho de 2021.

Durante alguns anos, a residência de Geriatria, ficou sem candidatos inscritos para o processo seletivo, quase resultando em uma descontinuidade do programa por parte do Ministério da Educação.

Existe, também, um enorme desafio estrutural e financeiro. Os recursos são escassos para manter em funcionamento um serviço tão complexo com 216 leitos no serviço de Geriatria – na OSID são quase mil leitos. Contudo, mesmo com desafios enfrentados, há um grande impacto positivo para a sociedade como um todo. Atualmente, a maioria dos serviços de saúde para idosos na Bahia, são coordenados e/ou possuem uma equipe formada pela residência da OSID, como o CREASI, no ensino de Geriatria na graduação de Medicina das faculdades e, também, em associações civis, como na SBGG-BA.

### Graduação de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

O ensino da Geriatria na Universidade Federal da Bahia (UFBA) foi implementado, inicialmente, como uma disciplina optativa pela profa. Elvira Cortes e pelo prof. Ruy Machado, em 1991. Mesmo o prof. Ruy sendo fundamental para incentivo na implementação da disciplina, ele se aposentou antes do início das atividades, cabendo a profa. Elvira estruturar esse início do ensino geriátrico na UFBA. Dessa forma, os dois foram os responsáveis pela criação da matéria que permaneceu, por muitos anos, como não obrigatória. Depois de um tempo, o ensino da Geriatria foi incluído no sexto semestre – Módulo Clínico IV (MED B29) –, e passou, então, a ser ministrado dentro de uma matéria obrigatória. Desde 2020, o ensino de Geriatria vem acontecendo no internato de quinto ano, também de forma obrigatória, em formato ambulatorial e módulo teórico com discussão dos temas mais relevantes na prática geriátrica.

O ensino da Geriatria na graduação é de extrema importância porque desperta nos estudantes o interesse pelo conhecimento sobre o idoso e suas especificidades, além de uma valorização da especialidade e, assim, conferindo conhecimento ao futuro médico generalista das particularidades envolvidas na atenção à saúde do idoso. Esse processo de aprendizado geriátrico não ocorria antes da implementação e resultava em uma lacuna de conhecimento da Geriatria e Gerontologia, o que prejudicava a expansão da especialidade e, principalmente, o cuidado ao paciente idoso, assim como, a perpetuação do preconceito ao processo de envelhecimento e das suas particularidades na classe médica.

*Muitos chegam com a ideia de que a Geriatria não tem embasamento científico, mas toda a Geriatria é baseada em ciência, associado ao bom senso do especialista em*

*como aplicar essa ciência em um paciente, muitas vezes, com uma soma de patologias.*  
(Manuela Magalhães)<sup>4</sup>

Apesar de já ser um grande avanço, uma vez que o ensino da Geriatria está em menos da metade dos projetos pedagógicos de graduação médica no Brasil (BRASIL; BATISTA, 2015), o serviço de Geriatria no ambulatório na UFBA, ainda, não é multidisciplinar, impactando o ensino, já que a visão multidimensional do idoso se trata de uma das características mais importantes da Geriatria. Com apenas três professores, há pouco incentivo para o crescimento e reconhecimento da importância da área, pois há a realização de poucos concursos e demandas não atendidas.

Manuela Magalhães (2021) cita:

*Ainda enfrentamos dificuldades, principalmente administrativas, no reconhecimento da Geriatria como uma especialidade forte dentro do complexo HUPES, e mesmo a visão de alguns professores das Universidades ainda é de que a Geriatria é um apêndice da clínica médica.*

No entanto, mesmo com suas limitações, trata-se de uma matéria que é, totalmente, pensada para o ensino da graduação. Os professores conseguem oferecer um grande suporte aos alunos, estando presentes em todos os momentos do atendimento, buscando suprir as dúvidas e questionamentos que surgem, bem como orientando no passo a passo de todas as condutas que serão adotadas em cada paciente.

*Eu acho que nós conseguimos despertar nesses alunos que a Geriatria tem uma base clínica funcional muito importante, mesmo em um curto período de tempo, que é um ponto de extrema relevância [...] Não vamos ter o número de geriatras que a população precisa, então os médicos clínicos das diversas áreas precisam ter uma visão diferenciada para saber encaminhar o paciente idoso para o especialista um Geriatra, quando estiver fora da sua área de atuação, e a disciplina desperta essa sensibilidade.*  
(Manuela Magalhães)

## **OS REFLEXOS DA HISTÓRIA DA GERIATRIA EM UM CONTEXTO DE CRISE**

Em um momento histórico de avanços em Geriatria e em Gerontologia, no qual os idosos, aos poucos, reconhecem a importância do envelhecimento saudável e buscam qualidade de vida, de repente veio a ameaça da covid-19. A pandemia

---

4 Entrevista (depoimento) da doutora, atual professora da UFBA e coordenadora do ambulatório de Geriatria da UFBA, Manuela Oliveira de Cerqueira Magalhães sobre a história da Geriatria na Bahia fornecida para o aluno Filipe Azevedo Gomes dos Santos em 2 de julho de 2021.

trouxe consigo o debate de diversos pontos relacionados aos idosos no Brasil e que foram abordados ao longo do capítulo. Por um lado, reforça a importância da realização de pesquisas no campo da Geriatria, bem como da inserção do seu ensino nos cursos de saúde, possibilitando um preparo maior para o enfrentamento das demandas dessa população, na pandemia e fora dela.

A categorização dos idosos como grupo de risco e a sua prioridade na vacinação advém de uma série de lutas e de estudos que lhes garantem esse direito, com a vacina para covid-19 inserida no contexto atual. Por outro lado, a pandemia destacou as fragilidades que essa população apresenta. A necessidade de isolamento social exacerba a vulnerabilidade à violência, a vulnerabilidade social e econômica e as desigualdades de acesso entre as gerações. Como consequência disso, os idosos apresentaram altas taxas de mortalidade durante a pandemia e também de adoecimento físico e psíquico. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2020)

Tal realidade ratifica a importância do cuidado aos idosos sob responsabilidade do Estado, da sociedade e da família. Com a pandemia, a Geriatria conta ainda mais com alguns aliados, tais como: Atenção Primária à Saúde, que pode acompanhar mais de perto a realidade desses idosos em isolamento social; as universidades e instituições de pesquisa, que estão produzindo informações científicas continuamente; a SBGG, que divulga notícias, notificações, artigos e informativos diariamente no *site*; além de muitos outros aliados.

Cuidado amplo, individualizado e interdisciplinar, heterogeneidade no processo de envelhecimento, instituições de ensino e de cuidado em Geriatria e associações que produzem conhecimento científico são os fatores que caminham com a saúde do idoso e que estão em constante renovação e ampliação. Com isso, entende-se a importância dos conhecimentos sobre a população idosa e dos feitos ao longo da história da Geriatria para o enfrentamento de situações atuais e futuras, não só na Bahia, mas em todo o país.

## REFERÊNCIAS

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. *SEI demografia*. Salvador: SEI, 2015. Disponível em: [https://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=category&id=1549&Itemid=101&limitstart=40](https://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=category&id=1549&Itemid=101&limitstart=40). Acesso em: 15 jul. 2021.

BEAUVOIR, S. de. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BORGES, M. B. de O. *A Produção de conhecimento sobre o envelhecimento humano: aspectos históricos e sociais*. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2007.

- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 15 jul. 2021.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 132, n. 3, p. 77, 5 jan. 1994. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm). Acesso em: jul. 2021.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 140, n. 192, p. 1-6, 3 out. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 15 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 De 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 143, n. 202, p. 142-145, 20 out. 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 15 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *Estratégia Brasil amigo da pessoa idosa*. Brasília, DF: MDS, 2018. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/Brasil\\_Amigo\\_Pessoa\\_Idosa/publicacao/cartilha-ebapi.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/Brasil_Amigo_Pessoa_Idosa/publicacao/cartilha-ebapi.pdf). Acesso em: jul. 2021.
- BRASIL. Senado Federal. *Anais do Senado*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 1954. Livro 3. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/publicacoes/anais/pdf/Anais\\_Republica/1954/1954%20Livro%203.pdf](https://www.senado.leg.br/publicacoes/anais/pdf/Anais_Republica/1954/1954%20Livro%203.pdf). Acesso em: 30 jun. 2021.
- BRASIL, V. J. W.; BATISTA, N. A. Geriatria e Gerontologia na Graduação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 39, n. 3, p. 344-351, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/pqnCG9d5yBPKYmhPPbnsd7m/?lang=pt>. Acesso em: 1 jul. 2021.
- CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 30., 2014, Serra. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus*: proposta de modelo de atenção integral. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf). Acesso em: jul. 2021.
- DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, Viçosa, MG, v. 18, n. 2, p. 9-15, 2018.
- FLORES SOBRINHO, M. H. de J.; OSÓRIO, N. B. A interpretação da velhice da antiguidade até o século XXI. *Nova Revista Amazônica*, Bragança, v. 9, n. 1, p. 175-187, 2021.
- FREITAS, E. V. de.; PY, L. (ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

- FRIES, A. T.; PEREIRA, D. C. Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí, v. 11, n. 20, p. 507-514, jan./jun. 2013.
- HAREVEN, T. K. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 13, p. 11-35, 1999.
- HEKMAN, M. F. de. Mensagem da presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). *Geriatrics, Gerontology and Aging*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 11, 2007.
- HORN, V. Q. *A imagem da velhice na contemporaneidade*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Santa Rosa, 2013.
- IBGE. Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos. *Agência IBGE Notícias*, Rio de Janeiro, 26 nov. 2020.
- IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS. *Our mission*. New York, 2021. Disponível em: <https://www.iagg.info/mission>. Acesso em: 7 jun. 2021.
- LOPES, A. *A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e os desafios da Gerontologia no Brasil*. 2000. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- MAGALHÃES, M. O. de C. *História da Geriatria na Bahia*: questionário. [Entrevista concedida em forma de questionário a] Filipe Azevedo Gomes dos Santos. Salvador, 24 jul. 2021.
- MATTHEWS, D. A. Dr. Marjory Warren and the origin of british geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 32, n. 4, p. 253-258, 1984.
- OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Espírito Santo, v. 15, n. 31, p. 69-79, jun. 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>. Acesso em: jul. 2021
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Plano de ação internacional para o envelhecimento*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/5.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf). Acesso em: jul. 2021.
- PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. de. PY, L. (ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 62-75.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. *Saúde da pessoa idosa*. Salvador, 2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-do-idoso/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SILVA, M. *Políticas de saúde no Brasil voltadas para a atenção à saúde do idoso: situação atual nos Estados do Nordeste brasileiro*. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. *A covid-19 não pode ser mais um motivo para falta de assistência digna aos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro, jul. 2020. Câmara Técnica de RESIDÊNCIA MÉDICA do CFM. Disponível em: [https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/07/COVID-19\\_SBGG-v5.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/07/COVID-19_SBGG-v5.pdf). Acesso em: jul. 2021.

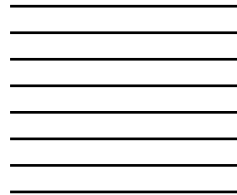
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. *História*. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://sbgg.org.br/historico/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. *Marcos da SBGG*. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://sbgg.org.br/marcos-da-sbgg/>. Acesso em: 16 jun. 2021.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 539-548, out./dez. 2012. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400003](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003). Acesso em: 28 ago. 2021.







## 15

### HISTÓRIA DA PEDIATRIA

*Larissa Neves da Paz*  
*Raquel Rebouças Paiva*  
*Karoene Santos Azevedo*  
*Camila Osterne Muniz*  
*Talita Tourinho Barbosa Martins*  
*Gardênia Ellen Almeida de Amorim*  
*Ilustrações: Ana Beatriz Gouveia*

No caminho da delicadeza,  
Há de se saber falar com o olhar, (in)fonte  
A mão acaricia na ausculta pulmonar  
É a dança do encontro do que será  
Com o que já se é...

Ora, quando eu crescer, eu quero ser astronauta! E viajar pelas trilhas que unem todos os planetas, no rodopio em que fazem em volta do Sol. Correr pela Lua, checar quão vermelho Marte pode ser, e passar uns dias observando a beleza azul da Terra. Ah, perdão, amigo leitor, minha mãe sempre fala que devo começar me apresentando. Eu sou Thomas, o astronauta. Não ainda do universo, mas, hoje, da história. Convido você a embarcar em uma viagem no tempo para descobrir sobre aquela que cuida do futuro no presente: a Pediatria! O nosso roteiro de viagem começa do começo até chegar aqui, na Bahia, no Pelô. Dois para lá, dois para cá, apertem os cintos, pois, vamos decolar!



## **A PEDIATRIA NO MUNDO**

A Pediatria vem se desenvolvendo há cerca de 200 anos. Por esse motivo, ela é caracterizada como uma especialidade nova quando comparada aos diversos anos da história de outras especialidades médicas. (LUECKE JUNIOR, 2004) A palavra “pediatria” e seus cognatos derivam de duas palavras gregas: de “*pais*” que significa “a criança” e de *iatros* que significa “o doutor” e “o curandeiro”, logo, o curandeiro das crianças. (SMITH, 2019)

Na Antiguidade Ocidental, mulheres e crianças eram tratadas como seres inferiores, que não mereciam nenhum tipo de atenção. Os escritos médicos, em tempos passados, incluíam as doenças que acometiam crianças apenas concomitantemente aos tópicos gerais. (SANT’ANNA, 2009)

Além do mais, a sociedade tratava de uma forma agressiva essa faixa etária, a partir de uma visão dos dias de hoje, com frequentes relatos de infanticídio em práticas religiosas, em estratégia de controle populacional, como promessa em alianças políticas e comerciais, e até mesmo nas práticas de trabalho escravo. No período da Roma Antiga, os recém-nascidos só eram recebidos por decisão do chefe de família, e caso não fossem aceitos, eram abandonados em locais públicos para tentar a sorte de serem acolhidos por outras famílias. Entretanto, com as mudanças das sociedades no mundo moderno, com as transformações trazidas pelo movimento Renascentista e de forma mais acentuada com a reverberação do Iluminismo, houve uma mudança na forma como as famílias passaram a se relacionar, consolidando um laço afetivo com o ser infantil. (BARROS FILHO, 2010)

O primeiro livro sobre doenças infantis só veio a ser publicado em 1472, por Paolo Begellardi Flumine (?-?), em latim. Com os avanços médicos e com a nova roupagem que a sociedade foi estabelecendo nas suas relações, cada vez mais surgiam autores que se familiarizavam em escrever sobre as doenças da infância durante os séculos XVII e XVIII, o que levou a um avanço no estudo dos sinais e sintomas das enfermidades. Um dos escritores que teve destaque foi o médico Thomas Sydenham (1624-1689), o qual escreveu sobre escarlatina, sarampo, varíola, epilepsia, raquitismo, febre dos dentes, escorbuto e a coreia. (LUECKE JUNIOR, 2004)

Um marco importante para o desenvolvimento da Pediatria foi a descoberta da imunização, visto que a expectativa de vida era curta diante de tantas enfermidades sem cura. Edward Jenner (1749-1823) teve notabilidade ao inocular matéria de uma pústula de varíola bovina (*cowpox*) em um dos braços de um menino de oito anos. Seis semanas depois, Jenner inoculou o material no outro braço. O menino não contraiu varíola, e, portanto, foi descoberta a prevenção de doenças pela imunização através desse experimento, realizado em 1776. (LUECKE JUNIOR, 2004)



Apesar de o pioneirismo na descoberta ser atribuído aos chineses, processo que ficou conhecido como “variolização”, Jenner estudou camponeses que desenvolviam uma condição benigna da doença, expandindo as primeiras técnicas de imunização. No ano de 1778, Edward Jenner divulgou seu trabalho “Um inquérito sobre as causas e os efeitos da vacina da varíola” e criou um ponto de partida para a elaboração do processo de imunização. Outra grande contribuição foi de Louis Pasteur (1822-1895), a imunização adquirida a partir da inoculação de vírus atenuado. Sua criação da vacina contra a raiva deu início a uma nova era.

Segundo Sant’Anna (2009), a Revolução Industrial trouxe diversos progressos levando a uma grande redução da mortalidade infantil nos países industrializados. Houve, nesse período, a singularização de diversas especialidades médicas, dentre elas a Puericultura, definida pelo latim como “a clínica da criança sadia”. Dessa forma, ampliou-se, a partir deste período, as demandas de uma especialização cada vez maior nos cuidados e doenças infantis, e no desenvolvimento da criança como um todo, especialmente na Alemanha e na França. (SANT’ANNA, 2009)

Assim como pioneira na formação da Puericultura e da Pediatria, foi a tradicional Medicina francesa que deu início ao desenvolvimento da cirurgia pediátrica. Um dos marcos desse desenvolvimento foi a inauguração, em 1802, em Paris, do

primeiro hospital pediátrico do mundo Hôpital des Enfants Malades. A partir disso, começou a existir um intercâmbio científico mais intenso entre Europa, Estados Unidos e América do Sul, no que dizia respeito à circulação dos estudos sobre saúde da criança. (SANT'ANNA, 2009) E, alguns anos depois, uma das primeiras organizações que buscou discutir tais necessidades foi a Society for Infant Therapeutics (Sociedade para as Terapias Infantis), formada na Alemanha, em 1883. (LUECKE JUNIOR, 2004)

Um grande nome na transformação da Pediatria em área de especialização médica foi o de George Frederic (1817-1904), que além de descrever a artrite idiopática juvenil, o murmúrio de Still e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), contribuiu também escrevendo o livro *Desordens e doenças comuns das crianças*, que só foi publicado no ano de 1909. Sua obra teve suma importância na formação de médicos que se especializaram na área. (SMITH, 2019) Porém, Abraham Jacobi (1830-1919) é considerado o pai da Pediatria na América e o único presidente estrangeiro da história da American Medical Association. Entre inúmeras contribuições, Jacobi também foi responsável por fundar a primeira cadeira de Pediatria na Universidade de New York e por organizar a enfermaria infantil do Hospital Mount Sinai, ambas em Nova York. (JEWISH VIRTUAL LIBRARY, c2021)

Abraham Jacobi foi da Alemanha para Nova York no ano de 1854. Ele desenvolveu o laringoscópio, mas não conseguiu obter a patente e tal sucesso acabou sendo atribuído ao nome do cantor e estudioso da voz espanhol Manuel Garcia. Além disso, Abraham formou diversas sociedades pediátricas e entre suas principais contribuições está o desenvolvimento da técnica da intubação de garganta, que poderia substituir a traqueostomia, procedimento atípico para a época. O médico alemão também foi um dos primeiros defensores da necessidade de fervura do leite. É autor de publicações em diversos jornais de pediatria e escreveu sobre um elevado número de enfermidades pediátricas, como difteria, disenteria, raquete e laringite. (JEWISH VIRTUAL LIBRARY, c2021)



A história da Neonatologia é indissociável da história da Pediatria, e, por conta disso, faz-se necessário entender também a evolução da Neonatologia no mundo. A Neonatologia caracteriza-se como uma área dedicada à atenção do recém-nascido desde a sala de parto até o final do período neonatal (1º ao 28º dia de vida). Um grande ano para evolução dessa especialidade foi 1878, quando Stephane Etienne Tarnier (1828-1897), um obstetra francês, solicitou a um funcionário de um zoo-

lógico parisiense que construísse uma incubadora semelhante a uma chocadeira de ovos de galinha. Em 1880, ela foi instalada na Maternidade de Paris, e seu funcionamento contribuiu para a redução da mortalidade de 66% para 38%, entre crianças nascidas com menos de dois quilos. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004)

Pierre Budin (?-?), também obstetra francês, contribuiu para que a Neonatologia se tornasse uma especialidade, pois, foi um dos que começou a ampliar o cuidado dos recém-nascidos, para além dos limites das salas de parto. Foi criado, assim, em 1892, por Budin, um ambulatório de Puericultura no Hospital Charité, em Paris, instituição que contribuiu para a construção dos alicerces da Medicina neonatal. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004)

Em Viena, o médico Carl Credé (1819-1892) foi o autor do início do uso do nitrato de prata para profilaxia da oftalmia do neonato. Já Willian Little (1810-1894), que foi um renomado cirurgião ortopedista inglês, correlacionou determinado tipo de trauma durante o nascimento com a paralisia cerebral. Outro importante nome para evolução da Neonatologia, ainda no final do século XIX, foi John Beleantyne (1861-1923), que incentivou o tratamento pré-natal de mães, advertindo que doenças como a sífilis e a tuberculose, bem como a ingestão de toxinas durante a gestação poderiam ser fatores de risco para o desenvolvimento do feto. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004)

Todas essas evoluções culminaram na transformação de antigas fundações, que eram destinadas a prestar assistência a crianças abandonadas, em hospitais infantis, levando a uma evolução no campo dos estudos da alimentação, prematuridade e das curvas de crescimento. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004)

Outro médico importante foi o pediatra norte-americano Julius Hess (1876-1955), que se tornou uma figura proeminente no campo, no momento em que ainda existia uma divergência entre os obstetras e os pediatras acerca de quem seriam os cuidados dos recém-nascidos. Quando o tema era prematuridade, Hess era a referência e isso se deu, em muito, porque desenvolveu a chamada incubadora Hess, a qual era uma caixa de ferro com parede dupla cujo espaço entre elas era preenchido por água quente, esse ambiente térmico era essencial para o prematuro, evitando assim as consequências que poderiam ser provocadas por baixas temperaturas, além de isolar o paciente prematuro do mundo externo. Esse instrumento foi sendo melhorado com o progredir dos anos, tanto na sua função, que, atualmente, também monitora a temperatura central e periférica e umidifica o ambiente para o prematuro, como na sua estrutura, mudando para uma cúpula de acrílico. (RAMOS, 2017) No ano de 1922, este médico publicou um compêndio intitulado “Doenças de crianças prematuras e congênitas”, assim como criou um centro para assistência aos recém-nascidos prematuros, os hospitais Sarah Morris e Michael Reese Hospital, que promoveram avanços principalmente nos serviços

de transporte neonatal, sendo que o primeiro se tornou a primeira e única unidade para crianças prematuras. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004)

Em 1924, Albrecht Peiper (1889-1968) discorreu sobre o desenvolvimento neurológico inicial do lactente prematuro. No ano seguinte, foi inaugurado, com sucesso, a realização de exsanguinotransfusão no recém-nascido portador de icterícia, por Alfred Hart (1888-1954), o qual é um procedimento de substituição do sangue do recém-nascido pela mesma quantidade de sangue de um doador. A grande criação nos anos 1930 foi o “Box de Oxigênio Hess” realizada por Julius Hess para tratamento de distúrbios respiratórios, depois de diversas descrições acerca de distúrbios pulmonares, como a síndrome da angústia respiratória. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004)

Houve um avanço ainda maior em relação às afecções do trato respiratório na pediatria nos anos 1950, pois nessa época não existiam meios para a respiração mecânica, com controle da apneia infantil apenas por observação. As crianças, quando precisavam de estímulo, eram puxadas pelos pés com uma faixa de tecido. Só em 1957 Richard Pattle (?-?) e John Clemente (?-?) desvendaram as propriedades da parede interna do alvéolo e, em 1959, Mary Ellen Avery (1927-2011) descreveu a deficiência do surfactante – um líquido produzido pelo organismo que tem a função de facilitar a troca dos gases respiratórios nos pulmões –, como etiologia da síndrome respiratória, proporcionando uma evolução no tratamento dessas doenças. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004)

Ainda em 1957, na Cidade do Cabo (África do Sul), o pediatra Patrick Smythi (?-?) e o anestesiológico Arthur Bull (?-?) cuidaram de recém-nascidos com tétano e para alívio da ventilação fizeram uso de traqueostomia e bloqueio neuromuscular para melhorar. Tal experiência certificou que essa faixa etária poderia ser ventilada mecanicamente com uma pequena modificação nos aparelhos dos adultos. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004)

Ainda no campo da Neonatologia, um importante nome foi o da médica Virginia Apgar (1909-1974), cujo sobrenome é utilizado como o nome de uma grande contribuição para essa faixa etária. Sua experiência na sala de parto permitiu que identificasse a importância dos primeiros momentos após o nascimento para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, já que alguns dos sinais desses primeiros minutos estão relacionados com o estado geral e a vitalidade do bebê, podendo identificar sequelas neurológicas ou a dificuldade de respirar ao nascer, permitindo o tratamento ou acompanhamento médico após o nascimento. Porém, mesmo com a relevância desse período, a médica percebeu que não existia, ainda, um protocolo padronizado com precisão para avaliação da viabilidade do bebê. Por conta dessa lacuna, muitos recém-nascidos acabavam morrendo. (VAN ROBAYS, 2015)

Visto isso e considerando que de 1946 a 1953 ocorreu o chamado “*baby boom*” norte-americano, passando de 20 milhões de nascimento para 25 milhões por ano neste país, Apgar teve a ideia de criar, em 1953, uma escala para avaliar cinco sinais objetivos do recém-nascido, principalmente no primeiro e no quinto minutos de vida. (VAN ROBAYS, 2015)

Em 1961, Virginia Apgar recebeu uma carta do dr. Joseph Butterfield (?- 1999), professor da Universidade do Colorado, em Denver. Na minuta, Butterfield narrava que um dos seus residentes havia associado as letras do sobrenome da médica (Apgar) aos cinco pontos de atenção que se deve ter para com um recém-nascido: A (aparência), P (pulso), G (careta, reflexos e estímulos), A (atividade, tônus muscular e movimento) e R (respiração). Virginia gostou tanto da ideia que adotou o acrônimo para a sua escala. (VAN ROBAYS, 2015) Assim, temos hoje a Escala de Apgar, a qual permite em muitos países em desenvolvimento identificar, mesmo na ausência de dados laboratoriais, crianças que necessitam de cuidados adicionais. Por conta disso, Virginia foi a primeira médica a voltar a atenção da Medicina para as consequências do parto prematuro, um grande fator de risco para mortalidade infantil. (OLIVEIRA et al., 2012)







## VIAJANTES DO TEMPO



### VIRGINIA APGAR

*“O ponto mais importante para mim é que você tem que alcançar o que está fora do alcance” (APGAR, V.)*

Virginia Apgar nasceu em 7 de junho de 1909, em Westfield, Nova Jersey. Em 1929, iniciou seus estudos para carreira médica na Universidade de Columbia, formando-se em 1933. Em 1936, ingressou como residente em cirurgia no Hospital Presbiteriano de Nova York, porém, se afastou da cirurgia para iniciar-se em um novo campo: a anestesia.

Virginia Apgar fundou, em 1949, um Departamento de Anestesia e tornou-se a primeira professora mulher em tempo integral na Universidade de Columbia. No ano de 1959, após ter criado a Escala APGAR, foi reconhecida pelo seu empenho e colaboração para os estudos sobre a saúde de recém-nascidos, recebendo o título de mestre em Saúde Pública na Universidade Johns Hopkins.

Os protocolos de cuidado com o bem-estar da grávida e do recém-nascido que desenvolveu resultaram em um best seller chamado “Está tudo bem com o meu bebê?”. Apgar escreveu a obra junto com a jornalista médica Joan Beck, dando uma visão sobre as possíveis intercorrências que podem ocorrer no nascimento e na gravidez.

A médica tinha como hobby colecionar selos, o que lhe gerou uma homenagem após sua morte. Apgar faleceu em 7 de agosto de 1974, aos 65 anos de idade, vítima de uma doença hepática progressiva, e seu rosto foi colocado em um selo comemorativo, em 1994, nos Estados Unidos.

(VAN ROBAYS, 2015)

## O INÍCIO DA PEDIATRIA VERDE E AMARELA

Antes de compreender a história da Pediatria no Brasil e na Bahia, é necessário entender as diferentes concepções de infância ao longo do tempo em grande parte das sociedades ocidentais. No século XII, na Europa, as crianças não eram pensadas como tais, e sim como “adultos de menor estatura”. (DEL PRIORE, 2013) Prova disso é que as crianças exerciam funções de adultos, reservados os seus limites físicos e de acordo com o poder aquisitivo de suas famílias.

No século XV, as crianças passaram a ser compreendidas como seres em desenvolvimento, que dependem dos adultos para se alimentarem e aprenderem a viver em sociedade. Ademais, nesta época, começou-se a delimitar a infância como um período de brincadeiras, de diversão e de aprendizagem. (DEL PRIORE, 2013)



Por volta do século XVII, houve associação das crianças aos sentimentos de afeto, de carinho e de alegria, em muitas das sociedades ocidentais. Essa nova visão trouxe à tona a singularidade da infância e a necessidade de cuidado particularizado para/com as crianças. (ARIÉS, 1978) Noutro giro, contrariando essa lógica, no início do século XIX, o Brasil experienciou um acontecimento histórico, quando d. Pedro II foi nomeado príncipe regente com apenas 5 anos de idade e, aos 15, foi coroado imperador do Brasil. Coincidentemente, ele exerceu importante papel na implantação da Pediatria no Brasil, no fim do século XIX.

O surgimento da Pediatria no Brasil foi descrito por diversos autores, os quais compartilham e divergem em vários pontos. Dentre esses autores, podemos citar Moncorvo Filho (1871-1944) e José Martinho da Rocha (1899-1977), os primeiros a escrever sobre a história da Pediatria no Brasil e que dividem suas obras de acordo com os progressos dos cuidados com a infância. (PEREIRA, J., 2006)

Um ponto comum entre as obras desses dois autores é a retomada dos primeiros cuidados com as crianças brasileiras no período colonial, contudo, eles enveredaram por visões diferentes na construção dessa narrativa. Enquanto Moncorvo Filho descrevia os cuidados indígenas como inadequados, frisando a falta de conhecimento higiênico e a carência de ações públicas, José Martinho da Rocha descreve alguns hábitos indígenas como formas originárias dos cuidados às crianças no Brasil. (PEREIRA, J., 2006)

Nessa perspectiva, podemos perceber que o primórdio dos cuidados às crianças no país nasce no berço indígena, com hábitos simples e corriqueiros (como banho frio, que era considerado profilático, liberdade corporal, não utilização de cueiros, alimentação e amamentação com livre demanda). Tais práticas culminavam na redução considerável das doenças que acometiam a população infantil e, conseqüentemente, na diminuição do número de mortes, constituindo, dessa forma, as bases dos cuidados infantis na Medicina pediátrica. (PEREIRA, J., 2006)

Diante da ampla discussão acerca da criação de uma nova especialidade, a Pediatria, a *Gazeta Médica da Bahia*, de 31 de outubro de 1868, publicou um artigo intitulado “Preliminares ao estudo das moléstias das crianças”. Tal artigo fez referência ao livro *Lectures on the diseases of infancy and childhood*, de autoria do

dr. Charles West (1816-1898). Segundo o articulista (não identificado), para lograr êxito no tratamento das moléstias infantis era necessário observar a criança sutilmente e identificar os sinais corporais destas. (PRELIMINARES..., 1868)

Com efeito, sendo as crianças consideradas diferentes dos adultos, havia motivos e justificativas para que a assistência médica fosse prestada de forma particularizada a essas. Quem deu início a este processo no Brasil foi Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, em 1881, quando fundou a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, primeiro serviço de saúde do país voltado ao tratamento de doenças infantis. (TONELLI, 2012)



Inaugurada em 28 de julho de 1882 e contando com a ilustre presença de d. Pedro II, a policlínica contava com nove salas e ofertava atendimento à população pobre da corte, independentemente da idade, do sexo e da nacionalidade, apresentando-se como uma associação de caráter humanitário. (MOREIRA, 2020) Lotado neste mesmo lugar, o Curso Livre de Pediatria foi criado, em agosto do mesmo ano, por Moncorvo de Figueiredo. As aulas eram ministradas por ele, e, desse curso, saíram os primeiros pediatras formados em solo brasileiro, entre eles: Fernandes Figueira, Carlos Arthur Moncorvo Filho, Clemente Ferreira, Luiz Barbosa, Olinto de Oliveira, Eduardo Meyrelles e Olympio Portugal. (TONELLI, 2012)

Cabe pontuar que a primeira clínica de moléstias de crianças do Brasil ocupava a sala 8 da policlínica, contando com uma estrutura básica para o atendimento das crianças. Além disso, é válido destacar que a policlínica contribuía para o desenvolvimento da ciência médica através da publicação da *União Médica*, revista científica que realizava diversas publicações com o objetivo de difundir os estudos médicos brasileiros e conquistar reconhecimento nos centros de pesquisa internacionais. (MOREIRA, 2017)

Nesse tocante, é indubitável a importância que a área infantil da policlínica teve na construção desse saber e no estabelecimento dos pilares para Pediatria. (MOREIRA, 2017) Por exemplo, as produções realizadas através das pesquisas no serviço infantil da policlínica foram reconhecidas nacionalmente e internacionalmente. (MOREIRA, 2017) Entre os anos de 1883 e 1894, foram 17 teses elaboradas e 8 artigos publicados.

Ademais, a relevância social do serviço de atendimento infantil é inconteste, já que garantiu, entre 1882 e 1894, o acesso à saúde para 8.375 crianças em condições de vulnerabilidade. (MOREIRA, 2017)



## VIAJANTES DO TEMPO

### CARLOS ARTHUR MONCORVO DE FIGUEIREDO

Filho do diplomata Carlos Honório de Figueiredo e de D. Emília Dulce Morcovo de Figueiredo, Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (1846-1901) formou-se em 1871 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e depois de formado, fez dois anos de estágios na Europa. Na França, estagiou na Escola Prática da Faculdade de Medicina de Paris, onde já demonstrava o seu encantamento pela Pediatria, concentrando-se no estudo de doenças infantis.

Durante os seus 30 anos de carreira profissional, além da prática clínica, dedicou-se à pesquisa científica, sendo autor de mais de 80 trabalhos (vários em outras línguas: italiano, francês, espanhol e inglês). Inclusive, o primeiro estudo em Pediatria realizado por Moncorvo de Figueiredo foi em 1875, quando resolveu estudar a utilização do sal Berthollet no tratamento de diarreia infantil. Tal interesse foi despertado após o relato da mãe de uma criança que alegou ter utilizado este sal no lugar da fórmula prescrita pelo médico. A partir disso, incansáveis estudos culminaram na publicação do artigo “Do emprego do chlorato de potassa na diarrhéa das crianças” e, no mesmo ano, a utilização do cloreto de potássio no tratamento da diarreia teve sua eficácia comprovada.

O médico recebeu várias premiações e títulos ao longo de sua jornada científica. Um dos mais importantes entre esses, foi o prêmio The World’s Columbian Commission pela publicação, em 1893, do livro *Children’s diseases and their remedies*.

Estando em meio a um movimento de reforma do ensino médico, dr. Carlos Moncorvo de Figueiredo pleiteava um ensino mais prático e experimental. Ainda em 1882, Moncorvo de Figueiredo sugeriu a Rodolfo Dantas, ministro do Império, a criação da cadeira de Clínica Infantil na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ). (TONELLI, 2012)

Moncorvo de Figueiredo também escreveu o documento, afamado atualmente como Certidão de Nascimento da Pediatria Brasileira, denominado “Rápida indicação dos motivos que justificam a criação nas Faculdades de Medicina Brasileiras de uma cadeira de Clínicas de Moléstias de Crianças”, em 1882, em que alegava, entre outros argumentos, que o estudo das doenças infantis já fazia parte

da maior parte dos programas de ensino das faculdades de Medicina da Europa e que essa atualização nas duas faculdades de Medicina do país (da Bahia e do Rio de Janeiro) seria necessária. Além disso, foi a favor de que a Policlínica Geral se tornasse o campo de prática médica da cátedra, caso a proposta fosse aprovada. (MOREIRA, 2020; TONELLI, 2012)

Depois de enfrentar bastante resistência, foi sancionada a Lei nº 3.141, de 30 de outubro de 1882, que criou a “Clínica de moléstias médicas e cirúrgicas de crianças” nas faculdades de Medicina do Império (Rio de Janeiro e Bahia). A despeito da sua luta, Moncorvo de Figueiredo não ocupou a cátedra de Pediatria da FMRJ como desejava, porque se recusou a realizar o concurso público.

Gisele Sanglard e Luiz Otávio Ferreira (2010) atribuem isso a conflitos políticos e ao fato de Moncorvo de Figueiredo ser grande crítico do método de ensino médico corrente à época. Prova disso é a sua publicação, em 1874, *Do exercício e do ensino médico no Brasil* em que faz duras críticas ao ensino médico desprovido de prática. (MOREIRA, 2017)

Em virtude de ter sido o grande promotor do ensino da Pediatria no país, Carlos Moncorvo de Figueiredo é considerado o pai da Pediatria no Brasil e ocupa a cadeira número 1 da Academia Brasileira de Pediatria, espaço que lhe foi concedido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). (TONELLI, 2012)

É importante destacar que Carlos Moncorvo de Figueiredo se dedicou à ciência e à divulgação desta, evidenciando sempre a lacuna que a ausência da Medicina experimental deixava na construção do saber médico. O médico salientava a escassez de ambientes capazes de oferecer assistência às crianças e a carência de campo prático e, conseqüentemente, de profissionais para o exercício da Medicina infantil. (MOREIRA, 2017)

Moreira (2017) destaca que esta argumentação assistencialista empregada por Moncorvo de Figueiredo tinha como objetivo real a sensibilização das autoridades competentes e o propósito claro de consolidar as bases da Medicina experimental, ao contrário do inglês Charles West, que defendia a Medicina infantil como “uma nova semiologia, nova patologia, nova terapêutica”. (MOREIRA, 2020)

Além de Moncorvo de Figueiredo, outros grandes nomes tiveram papel decisivo na luta regional pelo reconhecimento da Pediatria como especialidade médica nos seus primórdios. Fernandes Figueira, por exemplo, um de seus primeiros alunos no Curso Livre de Pediatria da Policlínica, seguiu também a carreira científica, publicando artigos em revistas brasileiras, e foi o autor do livro *Éléments de Séméiologie Infantile*, considerado o primeiro tratado brasileiro de Pediatria, publicado em 1903. (MOREIRA, 2017)

Outro exemplo, como veremos a seguir, é o médico Martagão Gesteira, que teve papel muito importante na defesa da Pediatria enquanto especialidade médica.

Ele argumentava que essa era uma das especialidades mais difíceis, que, diferente das demais especialidades que, em sua opinião, fragmentavam o saber, a Pediatria englobava todas as demandas da população infantil e que era indubitável a necessidade da especialidade para a formação de um bom médico. (GESTEIRA, 1927)

Dessa forma, a importância desta especialidade era defendida veementemente por esse médico baiano. Gesteira advogava também que não era admissível que clínicos gerais não estivessem familiarizados com os conceitos da Pediatria. Segundo ele, tais conceitos abarcavam boa parte da população dos pacientes a serem atendidos, portanto, se os médicos não tivessem tais conhecimentos, poderiam privar tal população de uma assistência adequada. (GESTEIRA, 1915)

Diante do processo de institucionalização da Pediatria fizeram-se necessários empenhos de organização profissional e científica. Dessa forma, foram surgindo sociedades de Pediatria. Em 27 de julho de 1910 foi criada, no Rio de Janeiro, a SBP tendo como um de seus principais interlocutores o médico Fernandes Figueira. Vale ressaltar que, a princípio, os sócios efetivos da SBP deveriam residir no Distrito Federal ou em municípios circunvizinhos, ficando vetada a participação de médicos de outros estados. (MOREIRA, 2017)

Essa marcante separação suscitou num grande embate na SBP a partir de 1947, quando foi realizada a I Jornada de Puericultura e Pediatria, evento em que levantaram-se diversas discussões sobre a nacionalização da SBP. Em 1951, na gestão de José Magalhães Carvalho, finalmente ocorreu a expansão da agremiação, permitindo a filiação das sociedades e departamentos estaduais à SBP. (PEREIRA, J., 2006)

## A PEDIATRIA NA BAÍA DE TODOS-OS-SANTOS

Compreender a trajetória histórica da Pediatria no estado da Bahia passa, conforme Moreira (2017), inicialmente pelo entendimento das reformas no ensino da Medicina. Tais reformas objetivavam que a formação incorporasse um caráter experimental às práticas. Além disso, especialmente durante a segunda metade do século XIX a demanda pela individualização das especialidades médicas tornou-se ainda mais significativa. A Pediatria baiana, como se discutirá em maiores detalhes a seguir, se institucionaliza

vinculada à criação da disciplina de Pediatria na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) e vai adquirindo seus contornos e solidificando-se apoiada em redes filantrópicas institucionalizadas de assistência à criança. (MOREIRA, 2017)



Pereira (2006) traz que o processo de construção da Pediatria caminhou paralelo a uma nova concepção sobre a infância. A criança, até então, era vista como um pequeno adulto, assumindo desta forma, funções de adultos, mas adaptadas para seu tamanho reduzido, como já comentado. Neste processo, desnaturalizava-se também as altas taxas de mortalidade infantil, atribuindo ao pediatra a função de zelar pela vida da criança. (PEREIRA, J., 2006)

A autora expressa que, distintamente do que subsidiava a criação das demais especialidades médicas, a saber, o fracionamento do conhecimento em suas respectivas áreas, a pediatria visava ao atendimento de todo o ser da criança. (PEREIRA, J., 2006) O que contrasta com os caminhos que a Pediatria assume atualmente, com a criação de inúmeras e diferentes especialidades para o cuidado dos infantes.

Júnia Pereira (2006) traz, ainda, que o processo do qual emergiu a Pediatria no país ocorreu em consonância com as modificações da Medicina europeia. Essa, ao modificar-se, propunha uma Medicina experimental, sistematizada, confrontadora da relação entre diagnóstico e terapêutica, deixando de empregar a teoria dos humores e tendo o hospital com um lugar central. (MOREIRA, 2017)

No Brasil, todas as discussões sobre os novos rumos da Medicina europeia e da Medicina experimental ecoaram na forma da necessidade de reformas no ensino médico. Antônio Pacífico Pereira, em texto à *Gazeta Médica da Bahia*, intitulado “Aos médicos deputados – Reformas necessárias á legislação sanitária, e ao ensino médico”, convoca os médicos parlamentares a se engajarem no movimento da reforma, pontuando:

Os nossos colegas, representantes da nação, prestariam tambem a seu paiz os mais preciosos serviços, se entre si estudassem e procurassem realizar as innumeradas reformas de que carecemos, quer no ensino medico, quer nas medidas destinadas a garantir a hygiene e a salubridade do paiz. (PEREIRA, A., 1877, p. 2)

Pacífico Pereira convidava então os parlamentares médicos a

[...] diminuir a immensa mortalidade das creanças, protegei-as contra essa amamentação mercenaria e infecta, que as aniquila logo aos primeiros anos, ou as reduz a miseraveis inúteis, atrophados e cacheticos. Garanti-as pela vaccinação e revaccinação obrigatorias contra os estupidos preconceitos de emperrados analfabetos. [...] Assim tereis homens, transformareis gerações decadentes e perdidas em proles vigorosas e prestáveis [...]. (PEREIRA, A., 1877, p. 3-4)

A reforma a qual propunha Pacífico Pereira (1846-1922), professor de Histologia da FMB, bem como demais médicos que atuavam nas faculdades de Medicina do país, começa a ser delineada após uma viagem que fez à Europa. Ele objetivava uma reestruturação não apenas do ensino médico, compreendendo-se aqui apenas o currículo, mas também mudanças na carreira docente e nos espaços físicos, com a organização, por exemplo, de policlínicas. (MOREIRA, 2017)

A efervescência brasileira de inspiração europeia por reformas na Medicina fez com que, em 1878, o então ministro Leôncio de Carvalho (1847-1912) nomeasse uma comissão para empreender e organizar as mudanças. Em abril de 1879, foi publicado, então, o Decreto nº 7.247, que estabelecia as bases da reforma, trazendo em seu bojo importantes pontos: a especialização e o ensino prático. O curso de Pediatria no país foi criado. Mas como todas estas mudanças chegam à Bahia?

O primeiro relato no Brasil, mais especificamente na *Gazeta Médica da Bahia*, de uma Medicina voltada para crianças, se deu em 1868, através do trabalho intitulado “Lectures on the diseases of infancy and childhood” do médico inglês Charles West:

As crianças formarão pelo menos um terço de todos os vossos doentes, e suas molestias são tão graves que de cinco crianças, morre uma dentro de um anno de nascidas e, de tres uma antes dos cinco anos. [...] Não é mera hyperbole dizer-vos que tender de estudar uma semeologia nova e de aprender nova pathologia e therapeutica [...]. (PRELIMINARES..., 1868, p. 68-69)

A Pediatria, então, passa a ser pensada em função da distinção biológica entre as diferentes fases da vida. Em 1893, Fernandes Figueira (1863-1928) publica o primeiro artigo que abordava a semiologia infantil “Éléments de Séméiologie Infantile”. Em 1883, Horacio Cezar anunciou no *Almanack do Diário de Notícias da Bahia* que era especialista em “moléstia de crianças”, mesmo sem ter cursado disciplinas direcionadas para cuidado à saúde infantil, visto que essas ainda não figuravam nos currículos médicos. (MOREIRA, 2017)

Com a Lei Orgânica de 1882, foram instituídas, tanto na FMRJ, quanto na da Bahia, uma disciplina voltada ao estudo das doenças na infância. Distinguindo ainda do pensamento inicial da Medicina experimental no Rio de Janeiro, o que se encontra no cenário baiano é uma Pediatria que se apoia por quase 30 anos em um ensino teórico. (MOREIRA, 2017)

Em 1883, Frederico de Castro Rabello (1855-1928), professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina, escreveu ao Ministério dos Negócios do Império, colocando-se a disposição e gratuitamente, para assumir a disciplina de Pediatria. O concurso para a Clínica de Moléstias Médicas e Cirúrgicas de Crianças só tem



seu edital publicado em 1887. Em 1885, o médico também recebeu aprovação da Santa Casa para sua atuação como docente à frente das práticas na instituição. (MOREIRA, 2017)

É curioso questionar, no entanto, qual a motivação de Castro Rebello para sua solicitação à vaga, de maneira gratuita e deliberada. Moreira (2017) expõe que por detrás deste pedido pode ter residido o desejo por poder e prestígio, visto que estaria mais próximo ao governo. Lembra da vaga para a cátedra de Pediatria publicada no edital de 1887? Pois bem, Frederico conseguiu, defendendo a tese *Relações entre sífilis hereditária e o rachitismo*. (MOREIRA, 2017)

O time da Pediatria, além do catedrático, era composto pelo professor substituto, neste caso, Joaquim Matheus dos Santos, primeiro a ocupar tal cargo. Ainda no ano que assumiu esta função, em 1895, foi substituído por Alfredo Ferreira de Magalhães. Os assistentes, em ordem de sucessão, foram Henrique Autran (1869-1927), Glafira Corina de Araújo (?-?) e Frederico Castro de Rebello Koch, em 1910. (MOREIRA, 2017)

Adendo importante deve ser feito: apenas três mulheres figuraram na Pediatria baiana, sendo a primeira delas Glafira Corina de Araújo. O potencial de construção de ciência da mulher, à época, era desconsiderado. (MOREIRA, 2017)

É necessário sublinhar que, ainda que a lei de 1882 propusesse o ensino prático, a abordagem à saúde da criança permaneceu eminentemente teórica na FMB. Os espaços de práticas da FMB eram aqueles das santas casas. Uma tensão, no entanto, emergiu desta ocupação, dado que distintos eram os objetivos de cuidado: enquanto a ação social orientava a instituição filantrópica, o intento da Faculdade de Medicina era de formar profissionais a partir de uma tradição considerada científica. Somava-se a isso ainda, a precariedade estrutural destes espaços. (MOREIRA, 2017)

A medida resolutiva começou a ser posta em prática com a construção de um outro hospital da Santa Casa, em 1884. Esta construção, contudo, só veio a ser entregue em 1893. Durante este período, os poucos leitos destinados às crianças na Santa Casa da Misericórdia, ficavam nas enfermarias junto aos adultos, independentemente do perfil de doença. Em resumo, o espaço de prática da Pediatria ainda não estava de acordo com o determinado pela lei. (MOREIRA, 2017)

O início do século XX traz uma significativa mudança neste quadro estrutural, com reformas na faculdade e acordos com a Santa Casa, possibilitando melhor desenvolvimento das práticas médicas. A Santa Casa cedia então leitos no Hospital Santa Izabel, e o médicos seriam cedidos pela faculdade. (MOREIRA, 2017)

### VOCÊ SABIA?

Você sabia que, para concluir o curso de Medicina e obter o título de doutor, os estudantes precisavam defender uma tese? Em 1890, a primeira delas foi apresentada à cátedra de Pediatria. Devido ao incêndio da biblioteca da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), não se pode afirmar ao certo se o número a seguir representa a totalidade, mas acredita-se que de 1890 a 1910, 22 teses foram defendidas na cátedra de Pediatria (MOREIRA,2016). Pois é, leitor(a), não tem como fugir do trabalho de conclusão do curso. O quadro abaixo traz os autores destas teses e os seus respectivos temas até o ano de 1900:

**Quadro 1** – Teses defendidas na cátedra de Pediatria de 1890 a 1900

ANO	AUTOR	TÍTULO
1890	Firmo Augusto David	Estudo clínico da heredo-syphilis infantil
1893	Alberto Miinlarrt	Influenza patogêna da dentição
	Joaquim Raul dos Reis Gordilho	Broncho-pneumonia infectuosa de origem intestinal nas crianças
1894	Antonio Mendes Martins Valverde	Escrofula, sua etiologia e prophylaxia na primeira infância
1897	Laura Amalia de Souza Bahiense	Da alimentação das crianças na primeira infância
1900	Athenodoro Martins da Costa	Primeira dentição e seus acidentes

Fonte: Moreira (2017, p. 3).

## A PEDIATRIA E A FILANTROPIA NO CENÁRIO BAIANO

Como discutido, a Pediatria emerge no estado assentada na institucionalização do ensino médico sobre a criança. Na palavra dos autores Ocaña e Perdiguero (2006), a criação da Pediatria como especialidade

[...] baseava-se em círculos institucionalizados de aprendizagem e prática profissional (hospitais, cadeiras, dispensários), circuitos de publicações (revistas especializadas) e medidas de defesa e intercâmbio profissional, como as sociedades especializadas. (OCAÑA; PERDIGUERO, 2006, tradução nossa)

Entrecortando estas redes, encontra-se a filantropia. A visão sobre a infância até então, se apoiava sobre bases caritativas e cristãs. O objetivo era aproximar as crianças das práticas religiosas, batizando-as, mas não se combatia, por exemplo, o abandono infantil.



Em uma perspectiva científica, a criança apenas figurava no cenário da obstetrícia, não existindo o binômio mãe-criança. (MOREIRA, 2017; RIBEIRO, 2011)

As crianças abandonadas eram, então, abrigadas pelas santas casas de Misericórdia, financiado pelo pagamento dado pelos fiéis da igreja, em busca da salvação. Não havia autorização, no entanto, para que os médicos e estudantes de Medicina tivessem acesso a estes ambientes. Esta proibição, conforme destaca Ribeiro (2011), serviu de motivação para que o grupo acadêmico se organizasse em entidades filantrópicas, mas de caráter menos religioso e mais médico-assistencialista.

Assim, em 1899, foi criado por Arthur Moncorvo de Figueiredo Filho (1871-1944) o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI) do Rio de Janeiro. A exemplo da criação carioca, e motivados a conter as altas taxas de mortalidade no estado, como bem demonstrou Joaquim Augusto Tanajura (1878-1941), em uma publicação no *Diário da Bahia*, cria-se também o IPAI no estado da Bahia, em 1903. O objetivo era a proteção da criança, utilizando-se para tal, evidências científicas, e partilhando do ideário higienista e filantrópico. (MOREIRA, 2017; RIBEIRO, 2011)

Com o IPAI-BA, houve a construção de um dispensário infantil, uma espécie de ambulatório pediátrico, em 1904, sendo essa a primeira experiência baiana com policlínicas e tornando-se o *standard* para clínica pediátrica. Dirigida inicialmente por Alfredo Ferreira de Magalhães (1873-1943), a instituição assistia a neonatos, a crianças de até sete anos e a gestantes, lidando com diferentes frentes de trabalho, desde o combate à exploração infantil, normatização do exercício das amas de leite, até o tratamento de enfermidades que acometiam as crianças, responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade no grupo. A atividade filantrópica, assim, possibilitou a configuração de espaços dedicados exclusivamente ao cuidado da saúde da criança. (RIBEIRO, 2011)

Neste contexto, um importante personagem na história da pediatria na Bahia é Joaquim Martagão Gesteira (1884-1954). Ele iniciou seus estudos na FMB em 1902, doutorando-se em 1908, com a tese *Etiologia e diagnóstico da septicemia de Bruce – febre de Malta*. Em 1909, passou a figurar no quadro de funcionário da FMB, sob o cargo de assistente de Clínica Pediátrica e, em 1911, passou a fazer parte do quadro de docentes, após sua aprovação para o cargo de livre-docente. (RIBEIRO, 2011)

Nos anos de 1911 a 1919, Martagão atuou como diretor do IPAI-BA, estando entre o perfil de crianças atendidas pelo médico aquelas



de zero a dois anos de idade. (RIBEIRO, 2011) Ao assumir a cátedra de Pediatria em 1915, sublinhava suas preocupações com relação à especialidade pediátrica, frisando a necessidade de sua inserção no currículo para todos os estudantes de Medicina, bem como a necessidade de melhor repartição de recursos da instituição. (GESTEIRA, 1915)

Em 1923, Martagão criou a Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil (LBCMI), também pautando-se na filantropia, com o objetivo de enfrentar a elevada mortalidade infantil no estado, executando atividades mais focadas na Puericultura e voltando-se ao atendimento de crianças até os 6 anos de idade. (MONTEIRO, 2017) A LBCMI, ainda hoje, exerce atividades na capital baiana, vinculada ao Hospital Martagão Gesteira e rebatizada de Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil. Moreira (2017, p. 201) afirma que “do serviço pediátrico de Martagão Gesteira formaram-se os pediatras cujas ações consolidaram a pediatria na Bahia”.

#### VOCÊ SABIA?

Álvaro Pontes Bahia, nascido em 1891, dedicou grande parte de sua vida profissional a questões relativas à gestão dos serviços para as crianças. Destaca-se aqui dois importantes marcos em sua carreira: inicialmente, junto à Martagão Gesteira, criou a Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil, envolveu-se na construção do Hospital Martagão Gesteira e atuou como um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).



## VIAJANTES DO TEMPO

### JOAQUIM MARTAGÃO GESTEIRA

Nascido no Recôncavo Baiano em 1884, Joaquim Martagão Gesteira superou muitos preconceitos para chegar à Faculdade de Medicina da Bahia. Formou-se em 1908, com especialização em Bacteriologia e logo iniciou atividade na área de gestão e ensino.

Em 1910, Joaquim tornou-se livre docente de Clínica Pediátrica Médica e, em 1923, fundou a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil, junto a outros médicos. Foi o primeiro catedrático da cadeira de Clínica Médica Pediátrica da Faculdade de Medicina da Bahia e fundou a Sociedade de Pediatria da Bahia, com o objetivo de discutir patologias infantis e organizar os profissionais da Pediatria.

Em 1937, Martagão Gesteira já era conhecido em todo Brasil e, a convite do presidente no período, Getúlio Vargas, foi para o Rio de Janeiro ensinar na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro). Lá, também, participou da criação do Departamento de Assistência à Criança e da organização do Instituto de Puericultura.

Martagão morreu em 1954, destarte, em sua homenagem, a Bahia batizou um importante complexo pediátrico com o seu nome. (RIBEIRO, 2010)

### AS SOCIEDADES PEDIÁTRICAS

A primeira associação pediátrica no estado, criada em 28 de maio de 1930, foi a Sociedade de Pediatria da Bahia (SPB), formada por um grupo de pediatras vinculados ao serviço pediátrico de dr. Joaquim Martagão Gesteira, que se tornou o primeiro presidente da associação. (MOREIRA, 2017) A SPB era associada à LABCOMI e, do grupo de pediatras que fundou a primeira, apenas um deles não fazia parte da segunda. Até aquele ano, apenas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Norte havia sociedades de Pediatria. (PEREIRA, J., 2006)

A SPB foi criada como espaço de discussão sobre a Pediatria e a Puericultura, além de funcionar como forma de organização e intercâmbio profissional, na medida em que esse campo de especialização firmava seu delineamento. A agremiação teve como objetivos principais:

1. Investigar e estudar os problemas relativos à patologia e à higiene da criança, e as demais questões relacionadas com o amparo à maternidade e à infância;
2. Estudar e discutir em suas sessões assuntos que lhe estejam afetos, bem como casos clínicos ou assuntos de outra natureza apresentados pelos sócios;
3. Colaborar com as associações científicas ou particulares, e com os poderes públicos, na divulgação dos conhecimentos de pediatria e higiene infantil, especialmente as medidas de combate à mortalidade infantil. (SPB, 1941, p. 3)

Ainda no ano de sua fundação, a SPB criou o *Boletim da Sociedade de Pediatria da Bahia*, considerado o primeiro periódico científico especializado em Pediatria na Bahia. O boletim tornava públicas as sessões regulares da entidade e passou a ser o órgão de divulgação de trabalhos científicos produzidos por médicos pertencentes a esta. Em 1931, houve a reestruturação desse boletim, que passou a ser chamado de *Revista de Pediatria e Puericultura*. (RIBEIRO, 2011)

A SPB, à época, funcionava como entidade autônoma, não estando vinculada à associação nacional, a SBP. Por exigência estatutária, a SBP não admitia filiações de outros estados, ficando restrita apenas à cidade do Rio de Janeiro, capital federal no período, e municípios limítrofes. Portanto, os pediatras de outros estados não teriam direito a voto na agremiação. (MOREIRA, 2017; RIBEIRO, 2011)

Apenas em 1951, a SBP iniciou o processo de nacionalização, resultado de amplos debates realizados na I Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria (1947). Porém, por causa de divergências estatutárias, o estado da Bahia só passou a ser representado na entidade nacional a partir da criação da Sociedade Baiana de Pediatria (SOBAPE), em 20 de dezembro de 1988, a qual convergia em normas com a SBP. (SBP, 2020)

A SOBAPE foi fundada a partir da dissolução da Seção de Pediatria da Associação Baiana de Medicina (ABM), e teve como idealizador e primeiro presidente o dr. Nelson Barros. A partir dos dados divulgados pela SBP em 2020, a SOBAPE, atualmente, possui 1.037 associados. Possui sede própria no município de Salvador e atua no eixo da educação continuada, produzindo e divulgando conhecimentos científicos nas diversas subáreas da Pediatria, por meio de cursos e congressos locais, regionais, nacionais e internacionais.

Ademais, a entidade possui 17 departamentos científicos, que colaboram na elaboração de normas técnicas, regulamentos e leis, que visam fomentar a qualidade da assistência integral de crianças e adolescentes. A organização também trabalha na defesa profissional, zelando pela melhoria das condições de trabalho de pediatras, apoia as Ligas Pediátricas da Bahia e é parceira de programas de residência médica no estado.





## VIAJANTES DO TEMPO

### NELSON DE CARVALHO ASSIS DE BARROS

Nelson nasceu em 16 de março de 1929, na cidade de Salvador. Ainda no colégio, ele já ensinava latim e ciências, e durante a faculdade, chegou a ser concursado como professor assistente de Física para alunos do ginásio, já demonstrando sua afinidade com o ensino. Começou a se encantar pelo universo da Pediatria no 5º ano do curso, quando, na Universidade Federal da Bahia, iniciou a disciplina de Psico-Higiene-Infantil. Formou-se aos 26 anos, em 1955, porém só em 1957 começou a atuar como pediatra no Hospital São Jorge. No ano seguinte, Nelson transferiu as atividades como professor de Física para o Instituto Normal da Bahia (instituto que visava à formação de professores, atuando na disciplina de Higiene e Puericultura.

Aos 33 anos, foi indicado pelo professor Hosannah Oliveira como assistente da Clínica Pediátrica da FMB-UFBA, e após cinco anos, tornou-se auxiliar de ensino e coordenador da Residência de Pediatria do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos (COM-HUPES). Em 1974, Nelson chegou ao auge de sua carreira como docente, ao assumir cargo de professor titular na FMB-UFBA.

Assumiu diversos cargos de liderança, participou de bancas de concurso na Bahia e em outros estados, incentivou a criação e o aprimoramento das especialidades pediátricas e aposentou-se com título de professor emérito da UFBA. Além da docência, o médico foi ativo nos movimentos sociais, fundando a Sociedade Baiana de Pediatria (SOBAPE) e assumindo cargos importantes na Sociedade Brasileira de Pediatria. Seu trabalho se destacou também como secretário de Saúde do estado da Bahia, entre 1983 e 1986, participando, inclusive, do projeto de construção do Hospital Geral do Estado (HGE).

Em 2013, a SOBAPE instituiu o Prêmio Prof. Nelson Barros para incentivar a produção científica na Bahia, de modo a premiar trabalhos de conclusão de curso de medicina e de residência, que tenham como foco a pediatria. Nelson morreu em 2015, deixando três filhos.

(ALVES; SOUZA; JACOBINA, [201-?])

## RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA NA BAHIA

A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos. É cursada sob forma de especialização, com objetivo de qualificar ética e tecnicamente, por meio de treinamento em serviços, profissionais recém-formados. A residência ocorre em instituições de saúde, nas quais os alunos residentes encontram-se sob a orientação de médicos qualificados, habitualmente chamados de preceptores. Foi instituída pelo Decreto

nº 80.281, de 1977, que inclui a especialização em Pediatria, e teve suas atividades regulamentadas a partir da Lei nº 6.932, de 1981. Segundo o artigo “Histórico do Ensino da Pediatria na Bahia, no século XX”, inicialmente o estudo da Pediatria se dava a partir do quinto ano na FMB da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Nelson Barros conta que em 1956, enquanto médico-plantonista da Maternidade Tsylla Balbino e já muito interessado pelo ensino, foi incumbido, junto a outros médicos, da coordenação de residência médica, definindo uma rotina que incluía sessões de anatomia e clínica, mesas redondas, visitas a enfermarias, sessões de cirurgia e tema de terapêutica. (BARROS, 2008)

Ainda de acordo com o médico, nesse período, o currículo do curso de Medicina sofreu alterações e o ensino da Pediatria passou a ser iniciado no quarto ano. No quarto ano, além dos ambulatórios, os estudantes tinham acesso ao pronto-socorro pediátrico e ao berçário. No sexto ano, apenas os alunos que escolhiam a Pediatria como área de concentração participavam do rodízio entre o Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) e a Maternidade Tsylla Balbino ou o Hospital Climério de Oliveira, o Hospital São Rafael e o Hospital Couto Maia.

De acordo com Paim e Carmo (2018), no início da década de 1960, o HUPES implantou a primeira experiência de residência médica na Bahia, com os programas de Clínica Médica, Cirurgia e Pediatria. Alguns outros programas foram criados na década seguinte, até que, em maio de 1981, foi instituída, pela Portaria Estadual nº 235, a residência médica da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), que mantém até os dias atuais um processo seletivo unificado de ingresso em seus programas de residência.

Ao unificar a residência médica em Salvador, o número de vagas subiu de 2 para 10 ao ano. Enquanto os dois primeiros anos eram obrigatórios a todos os residentes em Pediatria, o terceiro ano era opcional e se tratava de uma especia-





lidade de livre escolha entre Neonatologia, Infectologia, Psiquiatria, Hepatologia, Pneumologia, Pediatria Social e Neuropediatria. (BARROS, 2008)

Posteriormente, a residência em Pediatria foi regulamentada para durar dois anos, e definiu-se que a especialidade seria opcional e duraria entre dois e três anos. Após amplas discussões, a Resolução nº 1/2016 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) regulamentou que todas as novas residências em Pediatria durariam três anos e que, até 2019, todas os programas existentes anteriormente teriam de se adaptar ao novo formato, como ocorria em outros países. Dessa forma, temas como “saúde mental na pediatria” passaram a ser mais contemplados pela residência. Atualmente, a Bahia tem 12 hospitais com residência pediátrica, sendo eles:

- Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
- Faculdade Ages de Medicina
- Hospital do Oeste – Obras Sociais da Irmã Dulce
- Hospital Estadual da Criança – Sesab
- Hospital Geral Roberto Santos
- Hospital Martagão Gesteira
- Hospital Manoel Novaes – Santa Casa de Misericórdia de Itabuna
- Hospital Geral de Vitória da Conquista
- Hospital Santo Antônio – Irmã Dulce
- Hospital São Vicente de Paulo
- Secretaria Municipal de Vitória da Conquista
- Hospital da Subúrbio (Prodal)

Segundo editais da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (responsáveis pela organização dos processos seletivos de residência no estado), os residentes quando aprovados, podem escolher para qual hospital irão, a partir da ordem de classificação. Além da residência em Pediatria, a Bahia ainda tem as especializações pediátricas de Medicina Intensiva, Cirurgia, Neurologia, Oncologia, Cardiologia, Nutrologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Neonatologia, Nefrologia, Pneumologia e Ortopedia.

Esta, contudo, é uma história que não termina aqui. Ela está sendo construída e possibilita, ainda,



diferentes viagens, com diferentes destinos. O que faz a história, além do que foi, é que o está sendo e o porvir...

#### COVID-19

A pandemia de 2020, causada pelo novo coronavírus, desencadeou muita insegurança em diversos setores da sociedade. Apesar de, geralmente, apresentarem sintomas leves, como tosse, eritema faríngeo e febre, um estudo feito com 2.143 crianças mostrou que 3% delas apresentaram casos graves ou críticos. (DONG et al., 2020)

A hipótese mais aceita atualmente afirma que essas diferenças entre faixas etárias são decorrentes dos diferentes padrões de resposta imunológica de cada uma. Há uma teoria, ainda em estudo, que relaciona a baixa expressão da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE 2) nas células epiteliais alveolares nas crianças à diminuição da gravidade do quadro clínico. Isto é, como a ACE 2 é o receptor do SARS-CoV-2, a entrada e a replicação do vírus dependem da presença e da quantidade de receptores disponíveis.

Desse modo, a maior preocupação da Pediatria na Bahia nesse período é entender como as crianças poderiam ser fonte do vírus para outras pessoas e o impacto disso em uma sociedade em que há extrema pobreza, ainda mais em cidades grandes e densamente povoadas. (SAFADI, 2020)

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. de A. D.; SOUZA, E. L. S. de; JACOBINA, R. R. *Nelson de Carvalho Assis Barros: o pediatra de pediatrias*. Salvador, [201-?]. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/108>. Acesso em: 29 jan. 2021.

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

BARROS, N. de C. A. Histórico do ensino da pediatria na Bahia, no século XX. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 101-116, jul./dez. 2008.

BARROS FILHO, A. de A. A visibilidade da criança ao longo da história. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 332-333, mar. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a residência médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 115, 6 set. 1977.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Resolução nº 1 de 29 de dezembro de 2016. Dispõe sobre os requisitos mínimos do programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências, 2016. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 251, p. 200-201, 30 dez. 2016.

DEL PRIORE, M. (org.). *História das crianças no Brasil*. 7. ed. 1. reimp. São Paulo: Contexto, 2013.

DONG, Y. *et al.* Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatrics*, [s. l.], v. 145, n. 6, p. e20200702, 2020.

FELJÓ, R. B.; SÁFADI, M. A. P. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 82, supl. 3, p. s1-s3, jul. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572006000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000400001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 jan. 2021.

GESTEIRA, M. Lição de abertura do curso da Clínica Pediátrica Médica em 1927. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano 41, n. 45, 5 nov. 1927.

JACOBINA, R. 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*. Salvador: da Faculdade de Medicina da Bahia, 2013. v. 3.

JEWISH VIRTUAL LIBRARY. *Abraham Jacobi*. Maryland, c2021. Disponível em: <https://www.jewishvirtuallibrary.org/abraham-jacobi>. Acesso em: 29 jan. 2021.

LUECKE JUNIOR, P. E. The history of pediatrics at Baylor University Medical Center. *Baylor University Medical Center Proceedings*, Dallas, v. 17, n. 1, p. 56-60, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1200641/>. Acesso em: 29 jan. 2021.

MOREIRA, V. C. Ações pioneiras do ensino de pediatria no Brasil: Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo (Moncorvo pai) e a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, 1882-1901. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 467-484, 2020.

MOREIRA, V. C. *A pediatria na Bahia: o processo de especialização de um campo científico (1882-1937)*. 2017. Tese (Doutorado em Ensino, Filosofia e História das Ciências) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

MOREIRA, V. C. A pediatria nas teses doutorais da Faculdade de Medicina da Bahia (1890-1910). In: ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA – ANPUH BA, 8., 2016, Feira de Santana. *Anais [...]*. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2016. Disponível em: [http://www.encontro2016.bahia.anpuh.org/resources/anais/49/1475244164\\_ARQUIVO\\_ApediatrianastesesdoutoraisdaFaculdadedeMedicinadaBahia.pdf](http://www.encontro2016.bahia.anpuh.org/resources/anais/49/1475244164_ARQUIVO_ApediatrianastesesdoutoraisdaFaculdadedeMedicinadaBahia.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.

OCAÑA, E. R.; PERDIGUERO, E. Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX-XX. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de

Janeiro, v. 13, n. 2, p. 303-324, June 2006. Dossiê Persuasión y Dominio: Medicina e Público en España (Siglos XIX y XX). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702006000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000200007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 jan. 2021.

OLIVEIRA, T. G. de. *et al.* Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. *Einsten*, São Paulo, v. 10, n. 7, p. 22-28, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt\\_v10n1a06.pdf](https://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a06.pdf). Acesso em: 29 jan. 2021.

PAIM, M. C.; CARMO, D. S. Escola de Saúde Pública: apoio integrado para implantação e expansão de Programas de Residência em Saúde no estado da Bahia. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 58, p. 296-305, jul. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29832/1/Artigo%20Marcele%20Paim.%202018.pdf>. Acesso em: 29 set. 2022.

PEREIRA, A. P. Aos médicos deputados. Reformas necessárias à legislação sanitária e ao ensino médico. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, ano 9, n. 1, jan./out. 1877.

PEREIRA, A. P. Relatório apresentado ao Ministro do Império Pelo Director Interno da Faculdade da Bahia, Dr. Antonio Pacifico Pereira. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, n. 3, ago. 1885.

PEREIRA, J. S. *História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX*. 2006. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PRELIMINARES ao estudo das moléstias das creanças. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, ano 3, n. 54, p. 68-70, 31 out. 1868.

RAMOS, C. G. B. B. A evolução das incubadoras e suas funcionalidades para recém-nascidos prematuros extremos. In: SEMINÁRIO DE ENGENHARIA CLÍNICA E ENGENHARIA BIOMÉDICA, 6., set. 2017, Santa Rita do Sapucaí. *Anais [...]*. Santa Rita do Sapucaí: Instituto Nacional de Telecomunicações, 2017.

RIBEIRO, L. M. *Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: a Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil (1923-1935)*. 2011. Dissertação (Mestrado em História das Ciências) – Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. dos S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/809/923>. Acesso em: 29 jan. 2021.

SAFADI, M. A. P. The intriguing features of COVID-19 in children and its impact on the pandemic. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 96, n. 3, p. 265-268, 2020.

SANGLARD, G.; FERREIRA, L. O. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*, Belo Horizonte, v. 26, n. 44, p. 437-459, jul./dez. 2010.

SANT'ANNA, C. C. O ensino da puericultura e da pediatria no Rio de Janeiro: a propósito do bicentenário da Faculdade de Medicina da UFRJ. *Revista de Pediatria SOPERJ*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 16-20, 2009. Disponível em: [http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=124](http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=124). Acesso em: 29 jan. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Álvaro Pontes Bahia (1891-1964)*. Rio de Janeiro, c2021. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/capa-teste/institucional/academia-brasileira-de-pediatria/patronos-e-titulares/alvaro-pontes-bahia/>. Acesso em: 20 jan. 2021.

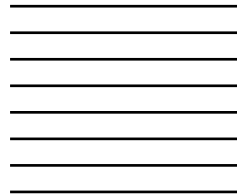
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DA BAHIA. *Estatutos da Sociedade de Pediatria da Bahia*. [S. l.], 1941. p. 3.

STRIX. *Processo Seletivo 2021: republicação do edital completo de abertura de inscrições*. Salvador, 2021

SMITH, Y. A brief history of Pediatrics. *News Medical*, Manchester, 2019. Disponível em: [https://www.news-medical.net/health/A-Brief-History-of-Pediatrics-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/A-Brief-History-of-Pediatrics-(Portuguese).aspx). Acesso em: 29 jan. 2021.

TONELLI, E. Primórdios da pediatria brasileira. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 123-124, 2012.

VAN ROBAYS, J. The story of Virginia Apgar. *Facts, views & vision in ObGyn*, Wetteren, v. 7, n. 3, p. 192-197, Sept. 2015. Disponível em: <https://www.fvvo.be/assets/549/09-Van%20Robays.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2021.



## 16 HISTÓRIA DA HOMEOPATIA

*Caroline Lopez Fidalgo*  
*Daiane da Silva Pinto*  
*Estevão Toffoli Rodrigues*  
*Jacineide Pêpe França*  
*Mariana Souza Santos Oliveira*  
*Sumaia Boaventura André*

*“Na arte de curar, salvadora de vidas,  
deixar de aprender é um crime”.*

Samuel Hahnemann

Este capítulo foi elaborado a partir de revisão documental e de entrevistas realizadas com profissionais homeopatas cujas trajetórias pessoais e profissionais têm significativa vinculação com a história da Homeopatia no estado da Bahia. É fruto de uma incessante busca por referências que possam auxiliar na reconstrução da história dessa prática de saúde com especial ênfase nas narrativas de vivências e experiências dos entrevistados. Vale ressaltar que a produção deste capítulo foi um desafio, pois não se trata apenas de um compilado de informa-

ções, mas sim de uma organização intencional, uma reconstrução, de modo que se tornasse possível a compreensão de um sentido diante do que foi relatado/encontrado. O desenvolvimento desse esforço, com a produção deste material, guarda a expectativa de poder contribuir com um registro coletivo de memórias e possibilitar a produção de conhecimentos sobre a história da Medicina e das práticas de saúde na Bahia.

Os primeiros escritos sobre a Homeopatia no Brasil datam do período de 1840. No país, a prática ganhou força a partir da atuação do médico francês Benoit Jules Mure, popularmente conhecido como dr. Bento Mure. Em 1843, na cidade do Rio de Janeiro, Mure fundou o Instituto Homeopático do Brasil e a Escola Homeopática. (BRASIL, 2019) Além disso, outros nomes merecem destaque, como o do dr. João Vicente Martins, médico português radicado no Brasil, e o do dr. Manuel Duarte Moreira, diretor da Escola Homeopática, que em 1848 foi um dos responsáveis pela discussão sobre a “natureza física do remédio homeopático”. (ARAÚJO, 2015; LUZ, 2019)

Com a República, a Homeopatia ganhou força institucional, tanto na sua prática, como no seu ensino. É possível citar Monteiro Lobato e Ruy Barbosa como figuras que estiveram ligadas a ela. (BRASIL, 2019) Desde o início, entretanto, a Homeopatia sempre esteve envolta em controvérsias, preconceitos e perseguições, repetindo no Brasil uma história que se apresentou desde a criação da Homeopatia com o próprio Hahnemann.

Araújo (2015) discorre sobre a introdução da Homeopatia na Bahia, já em 1847, quando o médico João Vicente Martins (primeiro médico do Império a tornar-se homeopata), proveniente do Rio de Janeiro, vem para o estado buscando difundir-la. Por meio de uma cuidadosa pesquisa documental, Araújo (2015) desenvolveu uma dissertação de mestrado em que analisa a presença da Homeopatia na Bahia de 1847 a 1936, construindo principal ênfase na trajetória pioneira de Alfredo Soares da Cunha. Os registros sobre a Homeopatia no século XIX na Bahia não são numerosos e encontram-se esparsos. Com as contribuições da família Soares da Cunha, porém, a partir da primeira década do século XX amplia-se a divulgação e a difusão da Homeopatia, com um fortalecimento da presença dessa racionalidade médica no estado. (ARAÚJO, 2014, 2015)

Nascido em 1847, Alfredo Soares da Cunha era comerciante e, após a morte de sua esposa, se desiluiu com a Alopatria e, não apenas passou a estudar a Homeopatia, como também a indicá-la a quem o procurava. (ARAÚJO, 2014) Alfredo deixou um legado importante devido a sua militância em prol da Homeopatia, que foi perpetuado através da sua família ao longo do tempo. Não é então de se estranhar que o nome de maior destaque entre os entrevistados deste trabalho, como a figura que mais lutou em prol da construção da Homeopatia na

Bahia, foi o da dra. Maria Amélia Soares da Cunha. Uma de suas alunas e colegas, dra. Dina Marchesini, comenta sobre a sua importância:

*Seguindo a ele [Alfredo Soares da Cunha], os parentes, os filhos dele, sobrinhos, ingressaram na faculdade de Medicina. Então, desses filhos e sobrinhos que ingressaram na faculdade de Medicina nós temos como destaque a dra. Maria Amélia Soares da Cunha. Ela era sobrinha dele. Foi ela quem deu continuidade e desenvolveu a Homeopatia na Bahia. Então ela foi uma verdadeira responsável pela estabilidade, pelo conhecimento, pela credibilidade e pela garantia da atuação médica em Homeopatia. Ela foi responsável, inclusive, pela formação de muitos médicos. Eu mesma tenho origem no curso dela, claro que eu desenvolvi outros cursos e atualmente mais ainda, mas no meu início, meu ingresso na especialidade da Homeopatia foi através da dra. Maria Amélia Soares da Cunha. (dra. Dina Marquesini)<sup>1</sup>*

Doutora Edazima Bulhões, durante a sua entrevista, também destaca a importância do trabalho da dra. Maria Amélia Soares da Cunha:

*Dra. Maria Amélia Soares da Cunha, conhecida no Brasil como a 'Dama da Homeopatia', [foi] responsável por formar grande parte dos homeopatas da atualidade na Bahia, através do Instituto Hahnemaniano, que manteve os cursos de Homeopatia na Bahia durante décadas. Um grupo de seus alunos, após conhecer também a Escola Unicista, da Argentina e do Sul do país, fundou a Sociedade Médica Homeopática da Bahia, permitindo assim uma nova formação e visão homeopática. (dra. Edazima Bulhões)<sup>2</sup>*

Dra. Maria Amélia Soares de Cunha nasceu no dia 25 de maio de 1927. Inicialmente, formou-se em farmácia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) (1946) e, em seguida, cursou Medicina no mesmo local, graduando-se em 1967. Também tinha título de especialista em Oftalmologia e Homeopatia. Essa importante personagem da história do país foi responsável por coordenar o primeiro Curso de Homeopatia para Médicos na Bahia, que tinha como patrocinador o Instituto Hahnemanniano do Brasil, no ano de 1981.

Este curso foi pioneiro e responsável pela formação de diversos médicos do estado da Bahia. Além de coordenadora, dra. Mariotte, como também era conhecida, ministrou diversas aulas e cursos, participou de inúmeros congressos, atuou em associações, bem como foi convidada a participar de incontáveis conferências

---

1 Entrevista da dra. Dina Marquesini sobre a história da Homeopatia na Bahia, fornecida para a discente Mariana Oliveira em 2021.

2 Entrevista da dra. Edazima Bulhões sobre a história da Homeopatia na Bahia, fornecida para a discente Jacineide Pêpe em 2021.



devido a sua relevância e destaque no cenário baiano e nacional no que se refere à sua prática homeopática. (CUNHA, 1984)

## FORMAÇÃO EM HOMEOPATIA

Durante o período de efervescência das práticas integrativas, novos espaços de formação e perpetuação da Homeopatia foram surgindo. No ano de 1992, na Bahia, é então fundada a Sociedade Médica Homeopática da Bahia (SMHB):

*Houve um tensionamento e nós criamos a Sociedade Médica Homeopática da Bahia, em 1992. Nesse período havia dois cursos na Bahia, um da profa. Maria Amélia e o da Sociedade Médica Homeopática da Bahia. (dra. Dalva Monteiro)<sup>3</sup>*

A ideia para a criação dessa instituição surgiu a partir de um evento que agregou importantes figuras do cenário baiano da época.

*Durante as participações nos Congressos da Associação Médica Homeopática Brasileira, alguns médicos homeopatas da Bahia resolveram criar a Sociedade Médica Homeopática da Bahia (SMHB). Esse grupo teve a participação de dr. Paulo Bacelar Rios, dra. Vera Lúcia Oliveira Carvalho, dr. Antônio Jorge Figueredo, dra. Lucy Castro, dra. Maria do Carmo, dra. Dalva Monteiro, dra. Rita Virginia Ribeiro, dra. Patrícia Moura, dra. Milene Peral. (dr. José Raimundo)<sup>4</sup>*

Vale ressaltar que, dentre os entrevistados, é unânime a posição da importância do pioneirismo da dra. Maria Amélia Soares da Cunha e o seu curso de formação, e quão desbravadora foi sua atitude em busca da manutenção da Homeopatia no estado. Basicamente, a maioria dos profissionais até aqui citados e que motivaram a fundação da SMHB participaram do seu curso de formação nas turmas iniciais.

*Tivemos apoio do Nordeste em peso [...] A SMHB foi a sociedade que começou a representar a Bahia. Algumas pessoas seguiram ligadas à dra. Maria Amélia e boa parte dos médicos novos migraram e a Sociedade Médica Homeopática começou a formar o primeiro curso em 1992. (dra. Dalva Monteiro)*

---

3 Entrevista da dra. Dalva Monteiro sobre a história da Homeopatia na Bahia, fornecida para a discente Mariana Oliveira em 2021.

4 Entrevista do dr. José Raimundo Mota de Jesus sobre a história da Homeopatia na Bahia, fornecida para a discente Mariana Oliveira em 2021.

Em 1995, a SMHB e a Associação Médica Homeopática do Paraná estruturaram o Curso de Especialização em Homeopatia, com dois anos de duração, sendo as atividades realizadas mensalmente, em um final de semana, com participação de palestrantes convidados dos estados do Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, dentre outros. O presidente à época da SMHB era o dr. Antônio Jorge Caldas Figueiredo. Este curso priorizou a abordagem unicista da Homeopatia, tendo constituído o primeiro desta modalidade, responsável pela formação de muitos homeopatas unicistas, corrente da Homeopatia que prioriza a prescrição de um único medicamento, tal como Hahnemann pregava, baseado na totalidade dos sintomas do doente, ou seja, o *simillimum*. (BRASIL, 2019)

Essa instituição recebia o apoio de outros centros e produzia atividades que mobilizaram diversos cursos de formação em Homeopatia no período que esteve em atividade:

*A SMHB em convênio com a Associação Médica Homeopática do Paraná, coordenada por dr. Gamarra, realizou três Cursos de Especialização em Homeopatia Unicista em Salvador, além de realizar em 1999 o congresso da Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis com o apoio da Associação Médica Homeopática Brasileira. (dr. José Raimundo)*

Inicialmente, o curso foi só destinado a profissionais médicos, mas posteriormente, com a diminuição da demanda desses profissionais, foi ampliado para outras profissões habilitadas a exercer Homeopatia: Medicina Veterinária, Farmácia e Odontologia.

Houve um período muito próspero para a SMHB, que coincidiu com o avanço da Homeopatia no país (1980-2000), no qual foi possível até a construção de uma sede situada no bairro do Itaipara em Salvador, um bairro nobre da cidade, e, apesar de estar com as atividades suspensas no momento, ainda se situa no mesmo local. Dentre as atividades realizadas pela SMHB, havia cursos de formação e eventos relacionados à Homeopatia.

*Nós fizemos um grande feito, éramos a única sociedade homeopática do país a ter sede própria, porque nós sediamos o Congresso Internacional da Liga Homeopática no Brasil, em 1999. Com o dinheiro que arrecadamos compramos uma sala no Itaipara, no prédio Joventino Silva. Na ocasião, dr. José Raimundo foi o presidente do congresso e eu a tesoureira do congresso, o que foi bem complexo pois não havia nenhuma farmacêutica dando apoio, todo o dinheiro que entrou foi o dinheiro das inscrições, então foi muito dinheiro que a comissão do congresso conseguiu arrecadar. Pudemos viajar para Holanda e assistir ao congresso, e ainda compramos uma sala no local que é diferenciado, na época já era bom, e agora mais ainda. (dra. Dalva Monteiro)*

Contudo, no ano de 2009, foi sediado o último curso de formação da SMHB. Houve uma certa desarticulação na instituição, provocada também por um declínio da prosperidade que vinha acompanhando a Homeopatia até então, o que motivou a busca dos profissionais por outros espaços de inserção e levou à suspensão das atividades.

*Nós ficamos funcionando por muito tempo no Rio Vermelho até que compramos e nos mudamos para essa sala a partir de 2000 até o ano de 2009, quando a sociedade se desarticulou com muitas pessoas que fizeram outros concursos, a Homeopatia começou a entrar em declínio [...] Não dava mais para manter a vida das pessoas sendo apenas homeopata, então elas começaram a fazer concurso, eu fiz mestrado e doutorado, e entrei na UEFS, dr. José Raimundo e a esposa fizeram concurso para auditores. Os colegas que tinham outra especialidade, como Cardiologia, Clínica Geral, retornaram para a Clínica [...] alguns deles continuaram fazendo Homeopatia também. A sala hoje por falta de funcionamento e atualização, está em processo jurídico de reabertura, para poder inclusive ter acesso ao dinheiro do aluguel da sala. A dra. Rita Virgínia é a atual presidente que está à frente. (dra. Dalva Monteiro)*

Apesar do relato acima, a ideia em dar continuidade ao ensino da Homeopatia na Bahia foi retomada, tornando-se realidade com o lançamento em 2013, pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), da pós-graduação em Homeopatia coordenada pela médica homeopata e professora desta mesma instituição, dra. Mônica da Cunha Oliveira.

O curso é destinado a profissionais da Medicina, Odontologia e Farmácia, tem 30 meses de duração e atualmente está na quarta turma. Merece destaque a fala da dra. Mônica Oliveira, uma das precursoras dos cursos de formação em Homeopatia na Bahia:

*Eu fiz minha formação em Homeopatia em São Paulo, na Associação Paulista de Homeopatia (APH) que existe até hoje. Logo depois vim para Bahia exercendo a profissão enquanto homeopata e posteriormente coordenei alguns aperfeiçoamentos na área. Os cursos que eu tinha vontade de fazer no Rio e em São Paulo, em vez de ir para lá, eu montei cursos aqui na Bahia e trazia os professores. O que foi bem bacana, pois pude conhecer médicos homeopatas formados pela dra. Maria Amélia Soares da Cunha e o tio dela, dr. Murilo Soares da Cunha, eles são os precursores da Homeopatia no estado. Eu coordenei esses cursos de reciclagem por 15 anos, só então, quando dra. Maria Amélia, parou de fazer cursos de formação de homeopatas, eu comecei a ofertar cursos de formação em Homeopatia pela Escola Bahiana de Saúde Pública, onde ensino até os dias atuais, porque eu não achava correto ter dois cursos*

*competindo no estado, sendo que ela já fazia a muitos anos e tinha a tradição do tio dela.* (dra. Mônica Oliveira)<sup>5</sup>

Ainda sobre a formação de homeopatas e exercício da especialidade enquanto farmacêutica, Cristina Ravazzano relata:

*[...] era o único curso de Homeopatia no Brasil, acho que por a Homeopatia ter estacionado um pouco. No início da década de 1990 teve o 'boom' da Homeopatia, foi o período que as farmácias de manipulação cresceram muito, era um setor farmacêutico muito bom para trabalhar [...] você consegue trabalhar de uma maneira direcionada para o que a pessoa precisa.* (Cristina Ravazzano)<sup>6</sup>

Cristina Ravazzano é farmacêutica homeopata, também formada pelo curso da dra. Maria Amélia, e proprietária de uma das mais antigas farmácias homeopáticas na cidade de Salvador (BA). Em seus relatos, ela comenta sobre a importância da formação e capacitação dos profissionais farmacêuticos desde a graduação para a preparação do remédio homeopático, já que ele envolve uma farmacotécnica distinta e demanda um conhecimento que poderia ser dado desde a graduação.

*No Brasil, o remédio homeopático é magistral, não oficial, ou seja, uma receita feita especialmente para cada indivíduo. Só você vai tomar aquele medicamento, está no seu nome. No resto do mundo existem laboratórios homeopáticos que produzem as medicações e as vendem. Por exemplo, o laboratório francês, tem colírio, remédio para cólica... ele tem tudo pronto, mas se você quiser uma potência diferente ele não tem; se quiser um composto diferente não tem. Está tudo pronto. Já na manipulação, tem como ter o que você deseja: pomada, gel, medicamento de uso interno [...].* (Cristina Ravazzano)

Atualmente, segundo a entrevistada, a maioria das faculdades de Farmácia apresentam esse conteúdo ainda na graduação, para que se tenha aptidão para a formulação. Contudo, durante sua formação, há cerca de 40 anos, existiam vários desafios relacionados a campos de prática e aprendizado, o que requereu articulações com profissionais de outros estados para ampliação dos seus conhecimentos. Após esse período e com o incentivo de dra. Mônica Oliveira, Cristina abriu o seu próprio estabelecimento farmacêutico, para a manipulação das medicações na capital baiana, há 32 anos no mercado. Além desse campo, também atuou como

---

5 Entrevista da dra. Mônica Oliveira sobre a história da Homeopatia na Bahia, fornecida para a discente Daiane Silva em 2021.

6 Entrevista de Cristina Ravazzano sobre a história da Homeopatia na Bahia, fornecida para a discente Mariana Oliveira em 2021.

docente na faculdade de farmácia da União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime), curso que existe há 15 anos, com a finalidade de ensinar a farmacotécnica homeopática para farmacêuticos em graduação, a fim de que, quando graduados, os discentes tenham aptidão para preparar o remédio homeopático.

*Além da aula teórica que são 60h, eles têm 60h de estágio, mas depois eles precisam complementar 320h de carga horária em estágios complementares. Com 320 horas, não é especialista, mas tem a capacitação para trabalhar com Homeopatia. Após esse período só é necessário o registro no conselho. (Cristina Ravazzano)*

Além da especialização, o ensino da Homeopatia dentro das universidades é imprescindível para apresentar aos acadêmicos novas formas de cuidar, sobretudo ao utilizar tratamentos com olhar integral para o sujeito e não apenas direcionados para doença, trazendo assim, impactos positivos na qualidade de vida e saúde do paciente. Afinal, como relata a dra. Mônica Oliveira:

*As pessoas tendem a generalizar, mas a Medicina é muito ampla, é feita da soma de pequenas coisas para se tornar a grande coisa que é. Não é Homeopatia ou Alopattia, é sempre 'E', conecta, junta, junta a alimentação, junta o autocuidado, junta o contexto de vida, junta o desabafo, junta o cuidar dos dentes, junta ver o emprego, junta ver uma Bolsa Família, então você vai somando para fazer saúde. Assim, essa visão biomédica não cabe na Homeopatia, eu não posso pensar só no diabetes, eu tenho que pensar na feira, no bairro, no esgoto, na comida, na felicidade, se ele está vivendo bem... Então é muita coisa, é muito 'E', a Homeopatia é sempre 'E', a Homeopatia é muito agregadora, não é 'ou' nunca; saúde é isso, e a Homeopatia é muito mais ampla no olhar da saúde. (dra. Mônica Oliveira)*

Outra iniciativa de importante relevância para o cenário do ensino da Homeopatia ainda na graduação, ocorre na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), na qual os discentes de Farmácia do oitavo semestre podem se aproximar da especialidade através do componente curricular de Homeopatia pertencente ao eixo “saberes práticas farmacêutica” dispostos em 60 horas, sendo 30 horas de prática e 30 horas de aulas teóricas, visando ensinar “os fundamentos da Homeopatia a partir de elementos específicos da área, discutindo as escolas, os insumos e seus processos de controle”. Além da graduação em Farmácia, a Homeopatia também foi incluída no curso de Medicina da UNEB, como destacou dra. Edazima em sua entrevista:

*[...] em 2015, conseguimos inserir a disciplina de Homeopatia como matéria obrigatória na graduação de Medicina na Universidade Estadual da Bahia (UNEB), a qual coordeno, na tentativa de expandir o conhecimento sobre a especialidade, minimizan-*

*do os preconceitos existentes na área acadêmica, com ótima adesão dos alunos.* (dra. Edazima Bulhões)

Outra faculdade pública que também engloba o ensino da Homeopatia na sua grade curricular é a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). O componente se destina a discentes de Medicina do quarto ano, por meio do programa de Terapias Não-Convencionais e Você; este inclui um ambulatório específico de Homeopatia. (SANTOS et al., 2017) A dra. Célia Carneiro, médica homeopática e nefrologista, docente da UEFS revelou que desde 2003, no curso de Medicina daquela universidade, vem introduzindo os conceitos de Homeopatia para seus alunos, inserida no contexto das aulas de Habilidades Clínicas.

Além disso, dra. Célia tem utilizado a especialidade nas práticas da Policlínica do George Américo, assim como nas Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (Piesc), em Unidades Básicas de Saúde, ou Estratégia de Saúde da Família, sempre que a situação do paciente exige uma abordagem mais ampla para o seu bem-estar.

Ainda sobre a inserção da Homeopatia nos cursos médicos de graduação, há registros de que, durante o processo de reformulação curricular do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA, ocorrido a partir de 2014, a coordenação do colegiado do curso buscou os docentes da FMB que tinham formação em Homeopatia para estruturarem uma disciplina optativa, sem êxito. A disciplina optativa não impactaria na estrutura do currículo mínimo, podendo ser ofertada de imediato após a aprovação nas instâncias competentes; o que possibilitaria a inclusão da disciplina posteriormente, no currículo mínimo.

Apesar da dificuldade relatada ocorrida anteriormente para a inserção da Homeopatia no currículo da FMB, ainda que de forma optativa, em 2021 foi aprovado e iniciado o curso de extensão denominado “Introdução à Homeopatia”, vinculado à FMB-UFBA, e aprovado junto à Pró-reitora de Extensão (PROEXT/UFBA). Esta atividade está sob a coordenação da profa. Caroline Fidalgo em parceria com um grupo de professoras homeopatas da própria FMB, médicos homeopatas, homeopatas técnicas administrativas da UFBA, além de docentes homeopatas convidados de outras instituições, como EBMSP e UEFS. Neste curso são ministradas aulas teóricas virtuais quinzenais, sobre conceitos básicos da temática, tendo como público-alvo graduandos em Medicina, de qualquer curso médico de graduação do estado, sendo pré-requisito ter cursado semiologia médica.

É possível notar, porém, que são poucas as universidades que têm proporcionado o ensino da Homeopatia sobretudo nos cursos de Medicina. De acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC), menos de dez universidades públicas ofertavam o ensino da prática homeopática até o ano

de 2015. Sem grandes mudanças com o avançar dos anos, ainda é insuficiente o número de escolas contribuindo para a difusão e aprendizado da especialidade e demais componentes das Práticas Não Convencionais (PNCS). (BRASIL, 2015) Tais fatos refletem a desvalorização do ensino da Homeopatia frente à atual grade curricular dos cursos médicos. Em contrapartida, Freitas, Mello e Barbosa destacam a potencial contribuição da Homeopatia na educação médica:

O ensino da homeopatia pode contribuir para a mudança paradigmática da medicina no sentido de valorizar o doente e promover a saúde, permitindo uma atuação médica mais humanizada e centrada no doente, o que justificaria a adoção de seu ensino, inclusive obrigatório, nas faculdades de Medicina. (FREITAS; MELLO; BARBOSA, 2021)

Madel Therezinha Luz, pesquisadora pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), merece destaque diante das suas contribuições nas discussões acerca das racionalidades médicas e do princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), abordando questões relacionadas às raízes históricas, políticas, econômicas e culturais das racionalidades científicas. (LUZ, 2019) Suas contribuições influenciam para que no século XXI, a Homeopatia supere a visão de uma terapia “alternativa” e seja vista como uma área científica e ocupe uma posição política como uma prática complementar. (BRASIL, 2019; LUZ, 2019, p. 21) Tais feitos favoreceram a construção da PNPIC no SUS, o que denota um aval do Estado em relação à prática, ao inserir a Homeopatia, dentre outras práticas, como política de saúde do governo brasileiro. (BRASIL, 2019; LUZ, 2019, p. 21) Em entrevista realizada para elaboração deste capítulo, a farmacêutica Dione Soares da Cunha ratifica a importância da utilização adequada dos termos para fazer referência às PICS:

*A palavra do momento não é mais alternativa, e sim integrativa. Hoje nós estamos conseguindo fazer tratamentos com Homeopatia e Alopacia, a gente não pode deixar de lado os benefícios também da Alopacia, não se trata de uma briga.<sup>7</sup>*

No início do século XXI, de terapia “alternativa”, a Homeopatia apresentou um significativo desenvolvimento científico e político, o que culminou na posição enquanto prática complementar. Desse modo, a proposição da PNPICS no SUS é um marco que avaliza as práticas complementares enquanto política de saúde do Estado brasileiro.

---

7 Entrevista de Dione Soares da Cunha sobre a história da Homeopatia na Bahia, fornecida para a discente Mariana Oliveira em 2021.

Contribuindo para a difusão da prática homeopática e fortalecimento entre os profissionais da área, as entrevistadas pelos autores deste trabalho, Andrea Padre (cirurgiã dentista) e Dione Soares da Cunha (farmacêutica) criaram o “Movimento Novembro Verde – Trate-se com a Homeopatia”. Para tanto, foi criado o selo representativo acerca da Homeopatia em 2014, que deu início ao sonho de valorização da terapêutica, descrito pelas idealizadoras como: “tão eficaz, que aborda não somente o tratamento, mas também a prevenção das doenças”. Esta iniciativa tornou-se essencial para o esclarecimento dos preceitos e fundamentos que envolvem a Homeopatia, colaborando para desconstrução da visão desta como uma especialidade mística e propiciando subsídios para que a escolha da terapêutica seja não somente adequada às necessidades dos pacientes, mas respaldadas por evidências científicas, trazendo segurança ao profissional a frente do cuidado. (TEIXEIRA, 2007)

## **ACESSO À HOMEOPATIA**

A maioria das iniciativas de acesso à Homeopatia no Brasil e na Bahia foram iniciadas através de atendimentos particulares ou ações filantrópicas de instituições religiosas, tendo demandado um certo tempo até que a Homeopatia fosse uma prática adotada como política de saúde do Estado. Foi a partir da criação do SUS, com a descentralização da gestão, que ocorreu a ampliação da oferta de atendimento homeopático. Um dado capaz de ilustrar esse contexto é a análise do crescimento da demanda por acesso à especialidade. Essa análise demonstra que, desde que a Homeopatia foi inserida na tabela SIA/SUS, apresentou um crescimento em torno de 10% ao ano. (BRASIL, 2006)

Desse modo, o momento de maior avanço da Homeopatia na Bahia coincide com o período de efervescência da Homeopatia no Brasil. Aliado a esse processo de expansão, também ocorre uma transformação na configuração do perfil do usuário que busca o atendimento homeopático. Em contraste do que ocorreu ao longo do século XX, no qual a Homeopatia era vista como prática filantrópica, logo, voltada aos pobres, ao final desse século, a Homeopatia passa a configurar-se como uma prática mais “elitista”, como veremos adiante nos relatos.

Essa mudança de perfil de atendimento, deve-se a uma mudança de paradigma, sendo impulsionada por movimentos que questionavam a ordem vigente, como o movimento *hippie*. No período que engloba a década de 1970 até os anos 2000, a elite passa a produzir ferrenhas críticas relacionadas a insatisfações em relação à Medicina oficial (modelo biomédico). Tal transformação culminou no processo de expansão de diversas práticas contra-hegemônicas, dentre elas a homeopática. (MONTEIRO; IRIART, 2007)



*Nesse período [1981 em diante] surgiram muitos cursos de Homeopatia no Brasil e teve um grande crescimento com a chegada de muitos médicos jovens e ansiosos por conhecimento. Havia uma busca por terapêuticas mais naturais, mais leves e uma difusão de um conhecimento holístico do ser humano [...]. (dra. Dalva Monteiro)*

Em resumo, conforme dra. Dalva explana:

*As pessoas estavam motivadas na busca de outras práticas que pudessem englobar algo que fosse menos agressivo e um tratamento que não fosse pontual, mas que pudesse englobar o indivíduo como um todo. Nesse momento, percebe-se então, uma modificação no perfil da população que buscava o atendimento homeopático: eram pessoas esclarecidas, embora historicamente, no passado, ela tenha sido reservada a pessoas de baixa renda, vinculados à hospitais da Umbanda, Espiritismo e Santas Casa de Misericórdia. Da década de 1970 até os anos 2000, os pacientes que acessam a residência eram da elite, pessoas que podiam pagar por uma consulta particular.*

Assim como no Brasil, a mudança de paradigma mencionada impactou na expansão da Homeopatia também na Bahia. O avanço foi tão positivo, ao ponto de receber apoio da gestão estadual. Um trio de médicos sanitaristas conquistou bons feitos em relação à ampliação do atendimento homeopático ainda na época do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ainda segundo dra. Dalva:

*Era um momento muito feliz porque a gente tinha congressos, seminários, muita qualificação, muitos livros lançados sobre Homeopatia. Então, era um momento muito diferente, havia uma conjunção de fatores que favoreceu esse avanço. O projeto surgiu dentro do departamento de Medicina Preventiva do INAMPS e dr. Renilson Rehem, que era um grande gestor do momento, foi muito acessível e abriu para a gente essa possibilidade de projeto.*

Além disso, a médica homeopata destaca que houve um momento caracterizado pela democratização do acesso, favorecido pela criação do SUS, no início dos anos 1990:

*Houve um plano de implantação de consultas homeopáticas, já na era SUS, em 1990, onde conseguimos fazer o concurso para o estado. Colegas homeopatas pediram migração para atenderem na sua especialidade. A medicação era dada aos pacientes, porque quando elaboramos o projeto colocamos para o paciente sair com a medicação. O ambulatório ficava situado no Largo de Roma, onde hoje é o Hospital da Mulher. Quando iniciou ainda era o INAMPS, mas também era conhecido como Ambulatório São Jorge. Tratava-se de uma policlínica onde funcionavam várias especialidades, e no momento*

*em que passou para o estado com a criação do SUS, continuou sendo uma policlínica e fomos inseridos.* (dra. Dalva Monteiro)

Tal relato é ratificado na fala do dr. Paulo Oliveira, mais um dos precursores da Homeopatia na Bahia:

*Em 1986, 1987 e 1988 estava ocorrendo mudanças no sistema de saúde brasileiro que culminou na criação do SUS. Nesse período só existia a Alopacia na saúde pública e como não tinha concurso, junto com Dalva e Ângela começamos a fazer um movimento dentro do Ministério da Saúde de pedir que médicos do Estado que exerciam suas especialidades e tinham curso de Homeopatia pudessem exercer a racionalidade dentro do serviço público. Logo depois, foi proposto um concurso público dentro da prefeitura de Salvador, e a gente apresentou um projeto junto ao ministério, secretaria e fomos para a Sesab explicar um projeto piloto para criação de um ambulatório de Homeopatia, posteriormente construído no Largo de Roma onde hoje é o Hospital da Mulher.* (dr. Paulo Oliveira)<sup>8</sup>

Quanto à disponibilização de serviços ambulatoriais de Homeopatia, destacamos duas experiências viabilizadas pela UFBA: o ambulatório na Unidade Médico Odontológica de Santa Cruz (UMO Santa Cruz) e a inserção no Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB).

Em 1993, assumiu a prefeitura de Salvador a sra. Lídice da Mata, tendo sido indicado para a Secretaria Municipal de Saúde o prof. Eduardo Mota, então docente do Departamento de Medicina Preventiva da FMB. Fazendo parte da proposta de gestão, foi ofertada a gerência da Unidade Médico Odontológica de Santa Cruz (UMO Santa Cruz) para este departamento, tendo a Profa. Sumaia Boaventura André assumido sua gestão no período de 1993 a 1996, transformando-a em unidade modelo, docente assistencial.

O ambulatório do Curso de Especialização em Homeopatia, realizado em 1995 pela Associação Médica Homeopática da Bahia e a Associação Médica Homeopática do Paraná, foi instalado na UMO Santa Cruz, constituindo o primeiro ambulatório municipal de Salvador desta especialidade.

Durante o reitorado do prof. Heonir Rocha (1998-2002), foi implantado no SMURB, então dirigido pela profa. Sumaia Boaventura André, o ambulatório de Homeopatia, sob responsabilidade da dra. Tania Hupsel, que até então atendia clínica médica. A principal dificuldade encontrada foi compatibilizar o número de pacientes por turno de atendimento, número de consultas novas e subsequentes e sua duração.

---

8 Entrevista do dr. Paulo Oliveira sobre a história da Homeopatia na Bahia, fornecida para a discente Daiane Silva em 2021.

As características do atendimento homeopático ambulatorial requerem um tempo em média de uma hora para primeira consulta e 30 minutos para consultas subsequentes, o que constituía o dobro do tempo para as demais especialidades. Portanto, enfrentava a pressão constante para adequação das características de atendimento e as confrontações dos demais profissionais na perspectiva do número total de atendimentos. Porém, após negociações, uma pactuação, ainda insatisfatória do ponto de vista da dra. Tania Hupsel, foi alcançada, o que permitiu que o ambulatório funcionasse, com demanda permanente, até o final da gestão. Foi o primeiro ambulatório desta especialidade na UFBA.

Contudo, mesmo com o apoio da gestão pública, afirma dra. Dalva, esses avanços não foram capazes de evitar que Bahia apresentasse o mesmo perfil de usuários que tanto os entrevistados, quanto a literatura fazem referência.

*O acesso à especialidade baseado em uma configuração de um perfil elitista, se deve, em certa medida, a um erro estratégico no qual as próprias associações médicas homeopáticas, inclusive a da Bahia, têm responsabilidade: os rumos que o atendimento homeopático tomou nesse período, visava a clínica privada. A crítica necessária para esse tipo de conformação se dá pelo fato de que estamos em um país de pessoas que possuem um limitado poder aquisitivo, no qual, de forma geral, a minoria possui condições financeiras viáveis para financiar consultas particulares. Além disso, os seguros de saúde não remuneram idealmente o profissional para uma consulta homeopática, então alguns médicos que viviam só da clínica particular começaram a não ter mais a consulta, porque as pessoas foram perdendo poder aquisitivo.*

Nesse contexto, a literatura confirma os dados identificados nos relatos, conforme Monteiro e Iriart (2007, p. 1904):

A homeopatia tem sido praticada, principalmente, em consultórios médicos particulares e nos ambulatórios dos cursos de formação, ou por disponibilidade de médicos que fazem atendimentos gratuitos à população de baixa renda, muitos deles ligados a grupos que professam a religião espírita.

Além disso, conforme a dra. Dalva aborda em sua entrevista, não podemos desconsiderar que o próprio contexto político e os interesses econômicos influenciam fortemente nesse quesito:

*O que acontece também é que hoje, na maioria das unidades de saúde do SUS que tem Homeopatia, embora exista a Política Nacional, nem todos os gestores disponibilizam recursos para implantação da Homeopatia [...] A Acupuntura foi reconhecida bem depois da Homeopatia e teve um o crescimento muito maior por ser um procedimento, que gera pagamento. Não existe articulação política para garantir, pleitear junto com a po-*

*pulação controle social na conferência Municipal de Saúde para pleitear a implantação das PICS.*

Tais fatos são evidenciados na literatura conforme apontam Monteiro e Iriart (2007, p. 1904):

Em 1998, constatou-se que havia médicos homeopatas atendendo no Sistema Único de Saúde (SUS) em apenas vinte municípios brasileiros; em algumas dessas cidades, as consultas homeopáticas na rede pública eram iniciativas pessoais de médicos homeopatas, que contavam com o apoio do gestor local, permitindo-lhes o exercício da homeopatia nas unidades básicas de saúde, nos serviços mais complexos e nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

Outro fator importante é o acesso ao medicamento, que ainda é muito restrito. Não existe, até o momento, nenhuma farmácia homeopática inserida oficialmente na rede pública de saúde do estado, o que invariavelmente não contribui para o fortalecimento da prática e restringe a adesão daqueles que não podem pagar.

*Como a gente não tem oficialmente o laboratório de Homeopatia no SUS, não existe oferta de medicação. Se a Homeopatia não alcança o que ela deveria alcançar em termos de ser uma política dentro das práticas é porque infelizmente a maioria de nós, médicos daquela época, estávamos direcionados aos consultórios particulares.*

Apesar de todas as limitações, em Salvador contamos com a criação de um espaço intitulado Ambulatório de Medicina Tradicional e Práticas Integrativas/ Complementares, no ano de 2011, situado no Ambulatório Magalhães Neto, que faz parte do Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos (COM-HUPES), sob coordenação da médica infectologista dra. Diana Pedral. Esse ambulatório tem como objetivo pôr em prática saberes e racionalidades de base tradicional, em contraponto aos serviços convencionais da biomedicina ocidental. Dentre as várias atividades exercidas neste serviço, a Homeopatia está presente como prática de cuidado e acolhimento através do SUS.

Desse modo, em síntese, trazemos a fala de Andrea Padre que ilustra o cenário que abordamos acima e propõe soluções para a situação apresentada:

*No Brasil, percebe-se um constante aumento de ações e de serviços públicos referente a Homeopatia, com destaque nas regiões Sul e Sudeste. É algo gratificante, mas o esperado é que seja cada vez mais ampliado para as outras regiões do país. Sendo assim, seria necessário ter políticas de investimento com a contratação de profissionais e pessoas capacitadas para promover os cuidados homeopáticos no serviço público.*

*Em contrapartida, é notório que no âmbito privado a Homeopatia funciona e muito bem, portanto atinge o percentual pequeno da população que pode pagar pelo serviço, e esse fato não reflete o desejo dos líderes, das sociedades, associações homeopatas. O desejo é de que a Homeopatia seja acessível a todos.<sup>9</sup>*

## **HOMEOPATIA E A COVID-19**

O tratamento homeopático proporciona para aqueles que o utilizam qualidade de vida, qualidade do sono, tranquilidade, bem-estar e controle de doenças crônicas e agudas, podendo promover a redução do uso de medicamentos alopáticos. Durante a pandemia da covid-19, o tratamento homeopático ganhou destaque. De acordo com a cirurgiã-dentista, Andréa Padre, a Homeopatia ao longo da sua história se mostrou eficiente para profilaxia e tratamento de doenças em contextos de pandemias, e, dessa vez, não foi diferente. A Homeopatia mostrou-se eficiente tanto na profilaxia, quanto no tratamento, sobretudo de casos leves a moderados de covid-19. De acordo com a entrevistada, a atuação dos homeopatas foi tão significativa que, de 2020 até a presente data, a aceitação da Homeopatia aumentou e muito.

*Essa aceitação vem crescendo ao longo dos anos, ao longo dos meus 18 anos de prática, é observável o crescimento, mas nos últimos anos o crescimento tornou-se muito mais evidente, mais claro. (Andréa Padre)*

Doutora Edazima Bulhões ratifica os benefícios do tratamento homeopático citado por Andrea Padre e revela que acompanhou a experiência dos colegas na criação do grupo “Homeopatia na Covid” e seus resultados exitosos em todo o país, embora não tenha participado diretamente de tal empreitada. Mas fez questão de destacar:

*A Homeopatia contribui e muito, no enfrentamento da covid-19, seja melhorando capacidade imunológica do indivíduo, seja minimizando os sintomas da doença, em formas leves e moderadas, seja como tratamento coadjuvante, nas Unidades de Terapia Intensiva.*

---

9 Entrevista de Andréa Padre, odontóloga, sobre a história da Homeopatia na Bahia, fornecida para a discente Daiane Silva em 2021.

## CONCLUSÕES

Para finalizarmos este capítulo, é preciso destacar que, apesar das dificuldades enfrentadas na busca por referências históricas do processo de implantação e fortalecimento da Homeopatia na Bahia, as contribuições valiosas dos diversos profissionais que foram entrevistados pelos autores enriqueceram grandemente este trabalho.

Acreditamos que fortalecer os alicerces que fundamentam o cuidado em Homeopatia é o melhor combustível para seguirmos nos aperfeiçoando nessa trajetória de acolhimento e escuta dos indivíduos em suas diversas dimensões da saúde. Nunca é demais destacar o papel crucial que a Homeopatia pode exercer na formação de futuros médicos, devido ao seu olhar voltado para o cuidado integral à saúde, sobretudo na atenção básica.

Ao concluirmos este trabalho podemos perceber que a Homeopatia na Bahia persiste e resiste a partir de uma trajetória de lutas e de iniciativas de importantes figuras que incansavelmente vem defendendo esta especialidade médica e seu espaço no SUS. Sigamos lutando!

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, F. N. A homeopatia e seus embates na Bahia através da trajetória de Alfredo Soares da Cunha (1913-1936). In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA ANPUH-RIO: SABERES E PRÁTICAS CIENTÍFICAS, 16., 2014, Rio de Janeiro. *Anais [...]*. Rio de Janeiro: ANPUH-RIO, 2014.
- ARAÚJO, F. N. *Nadando contra a corrente: a homeopatia e seus embates na Bahia através da trajetória de Alfredo Soares da Cunha (1913-1936)*. 2015. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. *Homeopatia*. 3. ed. São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- CUNHA, M. S. C. S. da. *A Homeopatia na Bahia: a saga de Alfredo Soares da Cunha*. [São Paulo: Bureau], 1984.

FREITAS, F. J. de; MELLO, R. da F. de A.; BARBOSA, M. T. S. Matriz de competências para o ensino da homeopatia na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. e011, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1155899>. Acesso em: 14 jul. 2021.

FUTURO, D. O. *Fundamentos da Homeopatia*. Florianópolis, [201-?]. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/647/1/Fundamentos\\_da\\_filosofia\\_homeopatica.PDF](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/647/1/Fundamentos_da_filosofia_homeopatica.PDF). Acesso em: 12 jul. 2021.

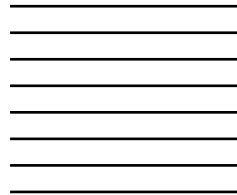
LUZ, M. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade*. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2019.

MONTEIRO, D. de A.; IRIART, J. A. B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1903-1912, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800017>. Acesso em: 31 jul. 2021.

SANTOS, C. M. C. *et al.* Vivência da homeopatia: uma racionalidade médica integrativa na Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, Feira de Santana, v. 7, n. 2, p. 44-50, set. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1732>. Acesso em: 25 set. 2022.

TEIXEIRA, M. Z. Homeopatia: desinformação e preconceito no ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 15-20, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/R9VsYGkTTyqWfwzr4rQYT5Q/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

TICIANELI, E. Mello Moraes, pioneiro na homeopatia brasileira. *História de Alagoas*, Maceió, 19 abr. 2017. Disponível em: <https://www.historiadealagoas.com.br/mello-moraes-pioneiro-na-homeopatia-brasileira.html>. Acesso em: 10 jul. 2021.



## 17

### HISTÓRIA DA MEDICINA NATURAL NA BAHIA

*Brena Cerqueira Torres*  
*Eduardo José Farias Borges dos Reis*  
*Fernanda Lima Costa*  
*Francipaulo Lemos de Aragão Brito*  
*Gabriel Leitão de Souza dos Santos*  
*Julia Akemi Rodrigues Tomo*  
*Luanna Silva Sande*  
*Jarbas Carneiro Mota*

Gostaríamos de dedicar este capítulo ao médico naturopata Fernando Hoisel, devido ao seu importante trabalho de resgatar a Medicina Natural e torná-la uma prática clínica na Bahia. Não poderíamos deixar de ressaltar a irreverência e humanidade de Hoisel, que, desde os tempos de faculdade, se posicionou contra amarras presentes na Alopatia e buscou, de forma autônoma, novas formas de



cuidar e promover a saúde. Dessa forma, deixamos aqui nosso agradecimento a esse ilustre profissional e a todo o seu legado e ensinamentos.

## **BREVE REFLEXÃO SOBRE PRÁTICAS TERAPÊUTICAS (PREFÁCIO)**

Condição fundamental para o ser, o tempo, traduzido de forma sequencial, numérica e cronológica, traz consigo os desdobramentos da existência. É no desenrolar-se do tempo que há, em um aspecto mútuo e de consentimento, a vida. Só há vida, se há o tempo e só há tempo, se há vida. Esse processo é tão natural que, quando transcrito para a linguagem verbal, parece complexo.

Naturalmente aprendemos a viver, ao passo que, isso abrange e implica múltiplas questões profundas de percepção, reconhecimento, descobrimento de tudo, daquilo que somos e o que os outros são. Como bem colocado por Álvaro de Campos (2007), heterônimo de Fernando Pessoa, em *Passagem das horas*:

### **Passagem das horas**

Trago dentro do meu coração,  
Como num cofre que se não pode fechar de cheio,  
Todos os lugares onde estive,  
Todos os portos a que cheguei,  
Todas as paisagens que vi através de janelas ou vigias,  
Ou de tombadilhos, sonhando,  
E tudo isso, que é tanto, é pouco para o que eu quero...

A vida, então, é esse processo em constante transformação, fluido, e o indivíduo é o somatório de tudo aquilo que ele vivenciou e vivência, direta ou indiretamente. Deparamo-nos com infinitas experiências, individuais e coletivas, *a priori*, que compõem esse ato de viver, em especial àquelas que implicam questões de saúde, adoecimento e cura.

A partir disso, surge uma ideia aparentemente paradoxal: experiências indissociáveis à vida caminham simultaneamente e até lado a lado com situações que, também, aparentemente, são consideradas “antivida”, como o processo de envelhecer e de adoecer.

O tempo obrigatoriamente é traduzido em nossas vidas de forma crescente e finita. Envelhecer, que resumidamente é o ato de termos nossa idade acrescida, implica em um contar que, uma hora, se encerra. Em um período podemos ter 1 ano e depois 10 anos e depois 20 e depois 50... e até... e até... não sabemos. E o “paradoxo” disso é que quanto mais se vive, menos tempo há de viver.

Além disso, o processo de adoecimento é outro exemplo. Viver implica em uma hora ou outra adoecer. Como matéria orgânica-falível, que opera incessantemente diante de múltiplos cenários internos e externos, nosso corpo está suscetível a adoecer, se machucar, se acidentar etc. Assim, diante desse curso natural possível, a humanidade desenvolveu, ao longo de milhares de anos, práticas terapêuticas ou de segurança a fim de contornar, evitar ou tratar esses adoecimentos. Essas práticas tão diversas as quais nos debruçaremos variam de acordo com o período, as questões culturais, sociais, econômicas, políticas de cada população em um determinado tempo e espaço.

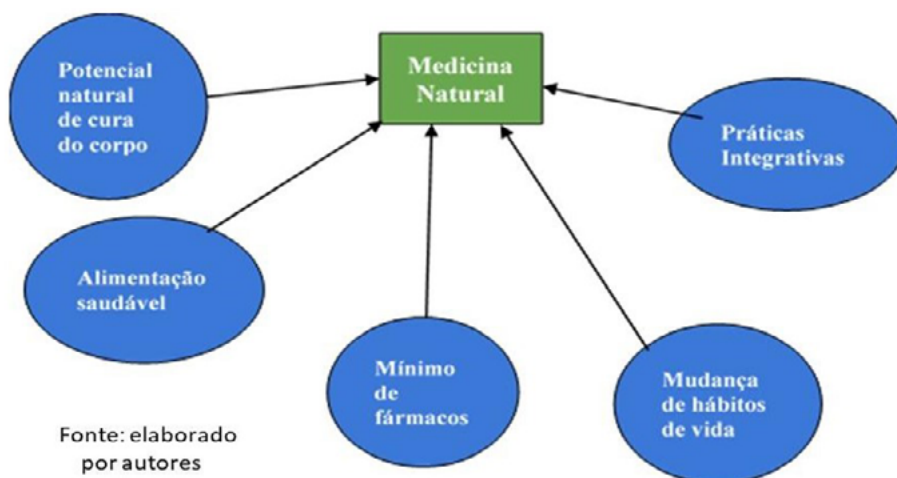
De forma simplificada, é frente a essas múltiplas “energias” de pulsões favoráveis e contrárias à vida, que há vida. E, por isso, sua beleza, potencialidade e única complexidade. O ser humano é dotado de individualidades que são expressões de processos psíquicos específicos formados por intrincados sentidos subjetivos e formulados no espaço de vida (interno e externo) de cada um. (LOOS; SANT’ANA, 2007) O “eu”, o cerne da existência humana, se constrói em relação com o outro, em um sistema dinâmico de reflexos reversíveis. Por essa interdependência inerente do ser humano expressada na sua dimensão espaço-temporal (PAULINO, 2011), todas as interações que tenham como alvo o indivíduo, tornam-se sem sentido criar uma atitude de contemplação do mundo em que as coisas sejam vistas de maneira fragmentada, desconectada; torna-se sem sentido qualquer ciência ou qualquer teoria que tenha olhos somente para o “seu” objeto. (LOOS; SANT’ANA, 2007)

Diante disso, a Medicina Natural/naturopata busca compreender essa potencialidade humana de forma integral e multissistêmica, desenvolvendo práticas terapêuticas mais saudáveis e naturais. O capítulo em questão busca revisar, *a priori*, de forma breve, o que são as práticas terapêuticas tradicionais, o quanto essas atividades atualmente compõem a Medicina Natural. E fazer uma revisão histórica de como a evolução do pensamento científico e seus desdobramentos para o progresso da humanidade impactaram tanto na Medicina Alopática quanto na Medicina Natural.

## **CONCEITUAÇÃO DA MEDICINA NATURAL**

A Medicina Natural consiste em um tipo de Medicina a qual visa melhorar a saúde de forma geral e integral, partindo de uma visão multidimensional e considerando aspectos físicos, emocionais, espirituais, ambientais e sociais. Busca-se estimular a saúde do paciente por inteiro de tal forma que o corpo possa ser “ensinado” a se curar. Para atingir esse objetivo, é fundamental a adoção de um estilo de vida e hábitos alimentares saudáveis, como também podem ser empregados medicamentos obtidos diretamente da natureza, técnicas das Práticas Integrativas e

Complementares em Saúde (PICS), como hidroterapia, acupuntura, fitoterapia, geoterapia etc. Em certos casos, a aplicação de tecnologias, como infusões de vitaminas, para relembrar o corpo da sua capacidade natural de cura e prevenir futuras enfermidades.



**Figura 1** – Aspectos essenciais da Medicina Natural  
Fonte: elaborada pelos autores.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Medicina Natural é definida como uma Medicina Tradicional, a qual visa à formulação e à implantação da combinação de conhecimentos modernos com terapias naturais tradicionais.

Vale ressaltar que a Medicina Natural não é separada da Medicina baseada em evidências, ela faz uso do conhecimento já comprovado da Medicina convencional e adiciona saberes acumulados de outras áreas e tratamentos, com o propósito de cuidar de uma parte um pouco esquecida pela visão biomédica. Assim, é capaz de extrapolar as barreiras do tratamento voltado a cessar os malefícios trazidos por uma doença ou disfunção do corpo e debruçar-se sobre os impactos positivos acerca de prevenir e assistir o indivíduo em sua totalidade.

Por vezes, é comum empregarem outros nomes para a Medicina Tradicional, tais como: Alternativa, Integrativa e Complementar, e apesar de à primeira vista soarem como sinônimos, não são. De acordo com a renomada Natural College of Natural Medicine (2014), esses termos possuem diferenças significativas entre si. A Medicina Alternativa refere-se ao uso da Medicina Tradicional substituindo a Medicina Convencional como a principal forma de terapêutica adotada; a integrativa ocorre quando uma equipe multidisciplinar atua simultaneamente com

o objetivo de colaboração mútua para promover a saúde do paciente. Já o termo “complementar” deve ser utilizado quando as técnicas de Medicina Natural forem adotadas paralelamente com práticas da Medicina baseada em evidências.

Apesar dessas diferenças, para os pesquisadores Kisling e Stiegmann (2021), a Medicina Alternativa e Integrativa são técnicas que têm significados convergentes e empregam ferramentas terapêuticas diversas que abrangem várias modalidades, podendo ser médicas ou não. Normalmente é um compilado de práticas tradicionais e pouco estudadas pela Medicina ocidental. Haja vista que a Medicina ocidental está muito orientada por um ideal alopático/hospitalocêntrico e medicamentoso que tem como centro a doença, buscando-se focar e tratar os sintomas por meio de métodos farmacológicos e ou invasivos/cirúrgicos. Por outro lado, a Medicina Alternativa busca compreender o corpo de forma completa, apesar de não ignorar as técnicas da Medicina Convencional, o processo de cura concentra-se em estimular o próprio corpo a se curar, por meio de várias técnicas como a alimentação saudável e equilibrada, alinhamento de energia, entre outras.

Durante milênios, a Medicina Tradicional continuou sendo praticada em diversos lugares do mundo e com diversos nomes; ayurveda, na Índia; naturopatia ou neo-hipocratismo, na Europa; Medicina Tradicional, na China; unani, na cultura hindu/árabe; e o xamanismo das culturas indígenas brasileiras. Felizmente, cada vez mais, essas práticas terapêuticas vêm ganhando mais espaço, tanto de forma a ser estudada e investigada melhor pelas universidades e centros de pesquisas, quanto na sociedade em geral, como forma de tratamento terapêutico empregado. Contudo, salienta-se que essa demora para que a Medicina Integrativa/Alternativa/Complementar chegasse e se estabelecesse de forma respeitável, deve-se ao processo de construção da ciência e da Medicina no Ocidente.

## **HISTÓRIA DA MEDICINA NATURAL**

A adoção de princípios naturalistas na compreensão da existência e na manutenção do bem-estar do homem tem suas raízes na Antiguidade. No Oriente, é importante destacar o desenvolvimento da Medicina Tradicional chinesa, pautada na compreensão de que a saúde é sinônimo de um equilíbrio das forças vital e interior do indivíduo, sendo o desequilíbrio dessas energias responsável pelo surgimento de transtornos e doenças. Estes desarranjos, por vezes, poderiam ser tratados por meio do uso de ervas medicinais, acupuntura e massagens, que teriam o papel de contribuir para restauração do equilíbrio do corpo, instigando-o a se recuperar. Essa concepção, nomeada de vitalismo, a qual o corpo aprende a se curar, foi incorporada por médicos naturalistas, que acreditam que seu papel é dar condições para que atue a energia vital. Ademais, no Ocidente, também há

registros que apontam que egípcios e sumérios já adotavam práticas naturalistas, usando argila, plantas e alimentos como formas de tratamento. Vale ressaltar também que os primeiros filósofos gregos teorizaram sobre a relação entre elementos naturais e os processos de saúde e adoecimento. (WORLD NATUROPATHIC FEDERATION, 2017)

Tales de Mileto, considerado o pai da Filosofia, propôs que a água teria papel fundamental na regulação do cosmos e exerceria, portanto, influência sobre o indivíduo. Ainda que não houvesse bases técnicas e científicas para o seu pensamento na época, a hidroterapia de fato se mostrou relevante na manutenção do equilíbrio energético e permanece sendo uma das propostas terapêuticas da Medicina Natural.

Quando se trata da história da Medicina Natural, no entanto, o filósofo/médico de destaque é Hipócrates. “Hipócrates?”, pode algum leitor se perguntar. “Não é este o pai da Medicina? Qual sua relação com a Medicina Natural?”. Pois bem, a maioria dos estudantes de Medicina realizam o juramento de Hipócrates ao final da sua jornada acadêmica, mas poucos sabem que ele adotava práticas naturalistas em sua abordagem terapêutica. (WORLD NATUROPATHIC FEDERATION, 2017) O filósofo reconhecia a importância da alimentação, do ar puro, da água, das plantas e do exercício físico na promoção da saúde.

“Seja o teu alimento o teu medicamento e seja o teu medicamento o teu alimento”. (HIPÓCRATES) Essa citação reforça o valor que ele dava para a nutrição adequada. É importante citar também sua obra *Corpus Hipocraticum*, a qual reuniu a síntese dos conhecimentos médicos daquele tempo, indicando para cada enfermidade o remédio vegetal e o tratamento adequado. (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006) Além disso, Hipócrates também adotou a premissa do vitalismo de que o corpo se cura por si só ao receber os estímulos adequados, sendo papel do médico apenas cooperar com a recuperação do organismo. Essa concepção vitalista permanece central em todas as modalidades de Medicina Natural.

Não obstante, apesar de as práticas naturalistas remeterem à Antiguidade, apenas em 1985 o termo “naturopatia” foi empregado pela primeira vez por Benedict Lust, médico americano. Ele utilizou essa palavra para definir as atividades que combinavam diversas práticas naturais e sistemas terapêuticos, com a filosofia do poder de cura da natureza. Além de criar esse termo, Lust fundou a American School of Naturopathy e incentivou a regulamentação e o reconhecimento da validade de práticas naturalistas, por meio de palestras ministradas nos Estados Unidos. A partir dos seus esforços, houve um avanço e desenvolvimento da naturopatia como profissão. (PASSOS; RODRIGUES, 2017)

Assim, no século XIX, a naturopatia vivenciou um processo de sistematização e se fortaleceu especialmente na Alemanha, surgindo a naturopatia clássica,

verdadeira ou europeia, que se estabeleceu sobre cinco pilares terapêuticos, os quais seriam empregados simultaneamente, sendo eles: a dietoterapia, a hidroterapia, a cinesiologia, a fitoterapia e a ordenoterapia. Contudo, ao longo do século XX, a naturopatia passou por um declínio que será discutido adiante, em função da desunião de classe e do crescimento da Biomedicina.

## **EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO CIENTÍFICO**

O nascimento da filosofia ocidental, que é considerada o embrião para a ciência, aconteceu entre os gregos antigos. As diversas transformações que as pólis gregas vinham experimentando, em especial aquelas decorrentes de suas expansões pelo Mar Mediterrâneo, acarretaram o contato e intercâmbio com os povos orientais. Isso possibilitou diversas inovações, como a invenção do calendário e o fortalecimento da política, o que conseqüentemente gerou uma mudança na mentalidade dos gregos, fundamental para o desenvolvimento da filosofia. De acordo com Marilena Chauí (2000), a explicação das coisas e do funcionamento do mundo por meio das histórias mitológicas tornavam-se insuficientes, diante desse novo contexto. Assim, começaram a buscar, a partir da observação, experimentação e cálculos matemáticos, explicações mais profundas para o “porquê” e o “como” das coisas.

Durante a Idade Média, o Ocidente foi marcado por um recrudescimento das ideias e forças religiosas, em especial da Igreja Católica. De forma errônea, esse período foi também denominado como “período das trevas”, como se a humanidade e a ciência tivessem sido inférteis e “amaldiçoadas” nesse tempo. Contudo, houve, mesmo que de maneira menos expressiva em comparação com os períodos seguintes, certos avanços, a exemplo da arquitetura e engenharia. Ademais, vale-se destacar que diversos conhecimentos dos gregos antigos foram apropriados e ressignificados pela Igreja Católica.

Na Idade Moderna, diante um novo contexto político, cultural e econômico, os Estados e as nações começam a se organizar e se estruturar de forma mais sólida, tornando as amarras e delimitações da Igreja Católica insustentáveis. Os principais responsáveis por essa transição e o ressurgimento do pensamento científico e da organização política moderna foram Galileu Galilei, Nicolau Maquiavel, Thomas Hobbes, René Descartes, Giordano Bruno, Isaac Newton, entre outros. A partir de então, o embrião da ciência fecundado pelos antigos desenvolve-se agora de forma potente. Nasce, no homem moderno, esta nova mentalidade e reforça-se a capacidade de sermos seres críticos, capazes de “pensar por si”.

Destaca-se um filósofo do século XIX, Auguste Comte, considerado um dos fundadores da sociologia e pai do positivismo, o qual demarcou e traduziu um modo de “fazer ciência” operante na época e que se estendeu até o século XX, em

que se tenta avaliar o objeto de estudo social da forma mais imparcial, distante e lógica possível. Buscava-se analisar as questões biológicas, sociais e políticas de forma imparcial, tal como um físico investiga um bloco em queda diante da gravidade. Esse modo de pensar foi incorporado pela Medicina ocidental, que buscou estudar o corpo humano, em especial as enfermidades, de maneira objetiva e completamente biológica, como se o homem fosse um objeto material inanimado. Compreendia-se as questões do funcionamento do corpo como analisa-se o funcionamento de uma máquina. Assim, pautando-se nessa lógica positivista, os saberes e as práticas médicas ocidentais foram construídos, priorizando-se as técnicas com suporte na ciência racionalista e hospitalocêntrica, no foco em diagnosticar doenças e nulificar os sintomas manifestados pelo corpo.

Dessa maneira, a ciência, de certa forma, assumiu um papel central na vida e na condução dos avanços da humanidade, quase como um novo dogma, o da infalibilidade científica. Todavia, após guerras mundiais, a humanidade deparou-se com as contradições desse dogma que, assim como qualquer produto humano, é passível de falir e errar, às vezes, da forma mais perversa. Além disso, nota-se como esse modo científico de investigação positivista (estudar algo de forma imparcial) é praticamente impossível. Um cientista sobre a mecânica quântica alega que para estudar um determinado objeto, é necessário analisá-lo com todas as ferramentas científicas e depois escrever uma poesia sobre isso. (ZUKAV, 1989 apud AUGUSTO, 2014) Não há como dissociar o eu investigador, seja do processo de investigação seja do objeto estudado.

Dessa forma, hoje, já é bastante conhecido que o corpo humano é muito mais complexo e devem ser consideradas questões além do fisiológico tanto para orientar um melhor estilo de vida, como forma de promoção da saúde, quanto para traçar formas de terapias diante dos problemas existentes.

## **MEDICINA NATURAL E MEDICINA ALOPÁTICA NA SOCIEDADE MODERNA**

Na cultura ocidental, as origens da Medicina Tradicional remontam ao pai da Medicina Convencional, Hipócrates, o qual possuía uma premissa de que o corpo, quando estimulado adequadamente, utiliza sua capacidade inerente de curar-se (energia vital). Esse pensamento esteve presente na cultura ocidental durante muitos anos nas profissões de curandeiros e botânicos. Até que, no início do período moderno, entre os séculos XV e XVIII, com o adentramento do racionalismo cartesiano, o vitalismo foi questionado e buscou-se outras formas de compreender o funcionamento do corpo, por meio da experimentação científica rígida.

Antes desse movimento cartesiano, as culturas do planeta utilizavam o que hoje chamamos de Medicina Natural e as PICS, que resumidamente consistem em

buscar em seus meios/na natureza/ambiente alternativas terapêuticas. E, associado a esses recursos, realizavam também a reeducação à nível comportamental, psicológico e alimentar.

Dessa forma, surge um questionamento importante: por que essas práticas, que contemplavam o todo e produziram resultados significativos, foram, em grande parte, esquecidas e negligenciadas pela modernidade?

Primeiramente, ao longo do século XX, houve um enorme abandono e declínio da naturopatia, em função, de forma secundária, da “desunião de classe” e, principalmente, do crescimento da Biomedicina, marcado pelo surgimento da indústria química e farmacêutica. Nesse contexto, o modelo biomédico – caracterizado pela tecnificação, mecanicismo e hospitalocentrismo – “prometeu” a promoção do bem-estar do indivíduo, por meio de remédios e cirurgias que seriam capazes de eliminar doenças. Diante disso, muitos conhecimentos empíricos passaram a ser descredibilizados, sobretudo aqueles que orientam a naturopatia e demais práticas de Medicina Natural, o que conseqüentemente colaborou para o desprestígio dessa forma terapêutica e de cuidado.

A saúde passou a ficar em segundo plano, a indústria conseguiu propagar a ideia de que para qualquer mal-estar como indisposição, dor, infecção ou inflamação existia um fármaco correspondente, capaz de sanar qualquer sintoma, sendo a única opção ou a mais prática para restaurar o vigor. Contudo, como se pôde constatar ao longo dos anos, o uso contínuo desses fármacos é capaz de gerar problemas secundários, criando, assim, um ciclo vicioso terrível para o sujeito, muitas vezes causado por iatrogenia.<sup>1</sup>

Associada a essa indústria, houve também, no final do século XX, o nascimento de uma conduta diferente do ser humano que hoje já é uma cultura. A sensação de que precisamos estar aptos a produzir, trabalhar em alto rendimento quase 24 horas por dia, a “hiperprodutividade”, e a necessidade de utilidade, de que precisamos ser úteis a algo ou alguém, é bastante comum entre as mais diferentes populações etárias da modernidade, desde os adolescentes até os idosos. Essa busca incessante pelo sucesso, pelos milhões antes dos 30, ou o sucesso “*under 30*”, daqui uns dias será o sucesso “*under 20*”, depois “*under 15*”. Até que aos 10 anos de idade já se alcance o primeiro milhão.

Essa cultura da hiperprodutividade nega a possibilidade de falhar e/ou adoecer, já que é necessário sempre estar produzindo. Caso esse inevitável adoecer venha a acontecer, surge uma agonia incessante e a busca imediata por soluções “rápidas” que acabem com o problema naquele momento, assim como busca-se uma falsa sensação de regeneração da sua saúde a longo prazo.

---

1 Doenças ou problemas decorrentes de uma má prática médica.



Apesar disso, é importante salientar que a intervenção baseada em fármacos sintetizados pela indústria não deve ser considerada como algo errôneo. Indiscutivelmente, o desenvolvimento e produção de milhares de fármacos possibilitaram o tratamento de doenças graves e sintomas antes intratáveis, assim como geraram certo conforto à humanidade e aumentaram a expectativa de vida. Contudo, o que aqui está posto em questão é sobre o malefício desta cultura hipocondríaca e farmacológica que ao menor sintoma busca medicamentos específicos para controlá-lo ou tratá-lo, sem ao menos fazer uma avaliação completa sobre a saúde e estilo de vida do indivíduo/paciente.

Enquanto isso, alternativas diferentes, baratas e acessíveis, como o uso de plantas medicinais e compressas de água fria, podem ser encontradas na Medicina Natural para tratar esses problemas (inflamações, dores...). Essas vias de tratamentos reduzem o uso prolongado de remédios e simultaneamente estimulam a recuperação da vitalidade do indivíduo, ou aquilo que tratamos anteriormente, estimula o corpo a se “autocurar”.

Indiscutivelmente, essa transição entre a Medicina Natural e a Medicina Alopática aconteceu paulatinamente, ao longo dos anos, a ponto de, hoje, a maioria da população ocidental procurar por médicos e tratamentos de vertente hospitalocêntrica/curativa/sintomática para tratarem seus problemas. Apesar disso, as práticas naturalistas voltaram a crescer na década de 1960, quando foram criados cursos de naturopatia e foi fundado o Conselho de Medicina Naturopata nos Estados Unidos, o que incentivou o desenvolvimento de pesquisas com rigor científico muito próximo as realizadas pela Medicina baseada em evidências, colaborando para o reconhecimento nacional e mundial da profissão. Todo esse prestígio dado a naturopatia foi despertando o debate sobre saúde e o processo de adoecimento vivenciado de forma singular por cada ser humano, culminando em congressos, simpósios e conferências para discutir como essa ciência poderia ser introduzida na vida dos cidadãos e aplicada no cotidiano, principalmente no que tange à Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse contexto, a OMS reconheceu a validade das práticas das medicinas complementares, tradicionais e alternativas. Esse posicionamento incentivador foi um reflexo da crise do modelo cartesiano-biomédico, que se mostrou insuficiente para tratar o indivíduo em toda sua integralidade – aspectos físicos, emocionais e espirituais.

A crise da Medicina moderna estabelecida em todos os níveis de interação desta com a sociedade – ético, político, econômico, educacional e social – provocou uma ruptura no modelo pelo qual se desenvolveu, um modelo científico-positivista que valoriza quase exclusivamente a dimensão biológica do ser humano, centrado na doença. Diante disso a Medicina tem sido criticada pela forma cientificista, tecnológica e de alto custo, centrada na especialização do trabalho e

fragmentação do saber, com profissionais médicos pseudoespecializados, em desacordo com as demandas sociais contemporâneas e sem o enfoque na pessoa e nas suas necessidades.

De acordo com Ceratti (2018), em resposta ao modelo da sociedade capitalista, consumista, competitiva, tecnicista, alienante, degradante do meio ambiente e da vida, especialmente na década de 1960, emergiu o movimento que teve início nos Estados Unidos e Europa e espalhou-se por todo mundo, denominado de contracultura. Como desdobramento ao movimento geral de contracultura, surge as ditas terapias “alternativas”, de cunho naturalista e contra o excesso tecnológico, preconizando os conceitos de desenvolvimento sustentável e de qualidade de vida como uma forma mais equilibrada de interação com o meio social e ambiental. Essa contracultura provocou influências sobre o campo da saúde, promovendo técnicas e racionalidades do paradigma não biomédico ocasionando uma revolução científica e estimulando a utilização de práticas de cuidado da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa em todos os níveis de atenção.

Apesar disso, não quer dizer que seja um caminho fácil, muitas vezes, o pensamento social comum é de que tais práticas não passam de charlatanismo. Há certa descrença e, principalmente, preconceito sobre a Medicina Natural. Normalmente, acredita-se que essas práticas não têm fundamentação científica ou que por não serem pautadas no método da Medicina baseado em evidências, não são tão seguras. No entanto, essa ideia é um misto de pouco conhecimento sobre o assunto e preconceitos, pois, várias dessas práticas já têm estudos científicos sólidos, que evidenciam a eficácia e importância, por exemplo, de suplementos naturais e adoção de um padrão de vida mais saudável, como sono regular, prática de atividade física regular, comportamentos que implicam em uma melhor qualidade de vida. Portanto, ainda que as práticas terapêuticas tradicionais não sejam embasadas pela Medicina baseada em evidências, ela possui respaldo científico suficiente para ser tratada como terapêutica ou como prevenção de enfermidades.

Além disso, é importante destacar que as práticas terapêuticas a serem traçadas são individualizadas e levam em consideração o todo sobre o paciente. Essa delimitação terapêutica é fruto das características singulares trazidas por cada paciente, diferentemente da Medicina Convencional que aplica um mesmo tratamento a todos os queixosos. Se permitam refletir sobre uma dor de cabeça esporádica ou mesmo uma dor de barriga forte, quantas vezes as pessoas recorrem a chás como camomila, boldo, erva doce e espinheira santa para atenuar esses sofrimentos. De forma bem simples, a Medicina Natural é empregada sutilmente ao ponto de passar despercebida.

Certamente, qualquer pessoa na vida já se perguntou: como o corpo consegue realizar tantas funções ao mesmo tempo e ainda é capaz de se curar? É uma

pergunta muito complexa para ser respondida diretamente, sendo preciso fragmentá-la antes da resposta ser apresentada. Em primeiro lugar, faça uma analogia entre o corpo humano e um carro. Pense em um carro hipotético, um carro próprio que você usa todo dia, ele te serve bem, permite o deslocamento para qualquer lugar e a qualquer hora funciona, atente-se a isso. Entretanto, em um dado momento, devido ao uso, o carro para de funcionar ou funciona mal. Normalmente, leva-se o carro a um mecânico para que ele possa vistoriá-lo, analisar o que está funcionando mal e o conserte. Ao chegar na oficina, o mecânico aponta que a má conduta tanto na direção como no cuidado com o carro foi responsável pela falha mecânica, alega também que há a possibilidade de reparação. Porém, alertou que como o proprietário não estava realizando a manutenção da forma adequada, essa falha poderia se repetir com frequência, pois a somatização dos danos era controlável, mas não reversível.

De acordo com a revista de saúde coletiva, *Physis*, os gregos pensavam de forma semelhante ao mecânico. A começar por Hipócrates (460-377 a.C.), o qual dizia que a saúde era composta por quatro fluidos (humores) do corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue; e o equilíbrio entre esses quatro humores constituía a saúde, enquanto o desequilíbrio provocaria a doença. Alguns séculos à frente, outro grego, Galeno, revisitou a teoria humoral de Hipócrates e foi além dela, a complementando. Postulou que a causa para todas as doenças era um fator endógeno, que resumidamente era o produto dos hábitos pessoais e/ou da constituição física do indivíduo. Baseado na teoria humoral, ele formulou a teoria dos quatro temperamentos, a qual relacionava cada temperamento com um humor característico e um elemento da natureza. Por exemplo, sanguíneos, simbolizado pelo elemento ar, são pessoas com temperamento afetuoso, alegre, com muito sangue, enquanto os coléricos, simbolizados pelo elemento fogo, são pessoas de temperamento enérgico, intenso, com excesso de bile amarela. (REZENDE, 2009)

A partir da determinação do seu temperamento, o médico grego avaliava seus hábitos, estilo de vida e atribuía a causa para sua disfunção atual, atrelando-a ao excesso de humor. E como o humor está diretamente relacionado ao temperamento da pessoa, o médico indicava, por exemplo, quais alimentos deveriam ser consumidos e a intensidade de exercício a ser realizada para estimular a autocura, o que viria a ser chamado de homeostase muitos anos à frente. (RODRIGUES, 2020)

Diante disso, o corpo humano de forma análoga ao carro é composto por uma trama complexa e interligada de partes. Nos seres vivos, por exemplo, têm as células, os tecidos, os órgãos etc., já no carro há as várias peças mecânicas, hidráulicas e elétricas. Sendo que, a funcionalidade desse todo, em especial do corpo, é bastante complexa e a somatização de vários adoecimentos, mesmo que “singelos”, como uma leve dor de cabeça semanal, ou um mal-estar estomacal

mensal, podem se acumular, assim como os defeitos no carro, e gerar danos/doenças maiores e irreversíveis.

## HISTÓRIA DA MEDICINA NATURAL NO BRASIL

No Brasil, algumas práticas naturalistas já estavam presentes dentro da cultura indígena, especialmente a fitoterapia. Assim, durante a colonização portuguesa, a “arte médica” dos nativos exerceu uma influência significativa sobre a sociedade do período. Técnicas de sobrevivência, pautadas no uso de plantas, foram adotadas por bandeirantes e sertanejos com base na observação e assimilação daquilo que era praticado pelos índios. (CARNEIRO, 2011) Também era comum entre eles a prática de certos rituais, que abrangem métodos para a purificação espiritual, como forma de promover o bem-estar físico e energético. Tais terapêuticas, pautadas no uso da natureza e numa visão integralista do ser – corpo, alma e espírito –, também já eram comuns entre candomblecistas, rezadeiras e quilombolas. Contudo, diante do desenvolvimento científico e tecnológico, a assistência na área da saúde seguiu rumo à mecanização e reducionismo, de modo que muito do saber naturalista se perdeu.

Esse quadro só começou a se reverter no Brasil com o fortalecimento do conceito ampliado de saúde discutido a partir do Movimento Sanitário Brasileiro difundido a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Em 2006, o movimento ganhou visibilidade e dimensão nacional com a publicação da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Ceratti (2018), compreender a Medicina Natural no panorama nacional é entender que ela é parte, também, como fruto, da “crise” do modelo biomédico, sendo os fatores que impulsionaram a Medicina Natural no Brasil e que fazem alusão ao contexto histórico e de saúde no país. Pela carência de publicações sobre o assunto, o histórico da Medicina Natural no país, e em especial no nosso estado, apresentado neste capítulo, como será visto, foi construído principalmente por relatos orais.

A história da Medicina Natural no Brasil de forma institucional e legítima é recente. A Medicina Natural brasileira só começou a se familiarizar com a trajetória da PNPIC no final da década de 2000, quando os primeiros naturopatas formados no Brasil atingiram o nível do mestrado em programas de pós-graduação em saúde coletiva. A criação dos primeiros cursos superiores de naturologia acontece também paralelamente a tudo isso. (STERN, 2017) A sua institucionalização e legitimação ocorrem no decorrer de vários eventos, documentos, experiências existentes e demandas da sociedade.

A partir da exigência do mercado (aumento de consumo de produtos naturais), busca dos pacientes por estes tratamentos e de demandas públicas surgiu o Bacharelado em Naturologia no Brasil. A Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e a Universidade Anhembi-Morumbi foram pioneiras em lançar o curso, em 1998 e 2002, respectivamente. Ainda em 2021, apenas essas duas universidades são autorizadas pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) a oferecer o Bacharelado em Naturologia. (PASSOS; RODRIGUES, 2017) A ausência da oferta desse curso em outros estados torna desafiador o estudo de práticas naturalistas por aqueles que têm interesse na área, de modo que precisam recorrer por conta própria a livros, palestras e minicursos sobre o assunto.

O primeiro desafio que temos ao tentar entender essa história é definir o que é a naturologia, termo utilizado no nosso país que é tido como sinônimo de naturopatia. Conforme mencionado, como é uma área recente no Brasil, nem mesmo os próprios naturólogos têm claro esse conceito. Sua história, conceito e arcabouço teórico-prático se confunde com o universo das PICS.

*A priori*, a denominação de “complementar” em saúde teve maior desenvolvimento a partir do momento em que um determinado modelo de cuidado e cura assumiu a importância de oficial e passou a ser hegemônico. (BARROS, 2014) Esse modelo biomédico, além de ditar a maioria das relações médico-paciente, influenciava nas práticas tradicionalmente exercidas pelos indivíduos, desacreditando o saber dessas condutas, rotulando como alternativas e deixando-as na penumbra do modelo predominante. Na conferência de Alma-Ata, em 1978, importante marco para a compreensão da APS, teve em um de seus objetivos a incorporação de práticas de cuidado e cura da chamada Medicina Tradicional ou popular nos diferentes sistemas nacionais. (BARROS, 2014) Essa possibilidade conclamou a atenção mundial para a necessidade de compreensão do indivíduo e suas perspectivas, e indiretamente as PICS como parte integrante do cuidado holístico.

Com a tentativa de dissociar-se do modelo centrado na doença – o paradigma do modelo biomédico, de reificação do sujeito com redução de suas dimensões subjetivas e sociais (TERRA; CAMPOS, 2019), as PICS surgem como um bálsamo refrescante nesse cenário árido. O potencial dessa prática é amplo, haja vista a proposta de união das diferentes tradições, acolhimento da pessoa incluindo corpo, mente, espírito e cultura; o fornecimento do cuidado e cura destacando a participação ativa de diferentes profissionais e pacientes. (BARROS, 2014)

No Brasil, a discussão sobre a necessidade de os usuários possuírem alternativas ao modo hegemônico de produzir saúde está em pauta pelo menos desde 1986, ano da VIII conferência nacional. (CAVALCANTI et al., 2014) Algumas práticas tidas como complementares já vinham sendo realizadas no SUS. No intuito de fortalecer o maior reconhecimento, algumas associações representativas se mobilizaram

e propuseram, junto ao Ministério da Saúde a regulamentação destas atividades no SUS. (CAVALCANTI et al., 2014) O resultado dessa mobilização e apoio popular foi a elaboração da PNPIC em 2006 que representou um grande marco para as práticas que consideram o indivíduo na sua dimensão global. (BRASIL, 2015)

Ademais, a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990) constitui um pilar do SUS fundamental para concretização do entendimento do indivíduo como ser holístico, e a Medicina Natural inserida na PNPIC, após a intensa mobilização e apoio popular, corrobora nesse processo. Além disso, estudos têm demonstrado que tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo assim para o aumento do exercício da cidadania. (BRASIL, 2015) Nesse sentido, as PICS andam em harmonia com a Medicina Natural no Brasil e na compreensão do paciente como indivíduo dotado de saberes e foi no início do milênio que tivemos a criação de um importante órgão para divulgação da naturologia.

Ainda dentro da história da Medicina Natural no Brasil, é importante destacar a fundação da Associação Brasileira de Naturologia (ABRANA), em 2004, com o objetivo de divulgar, dar suporte e promover a naturologia, assim como as PICS, além de fortalecer e consolidar a atuação de naturólogos, no âmbito político, acadêmico e profissional. (SABBAG et al., 2017) Com o apoio da ABRANA, em 2012, foram criados os *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, primeiro periódico científico da área. Estes periódicos se tornaram fundamentais para a disseminação de artigos originais e inéditos sobre resultados de pesquisas, revisões, debates, resenhas, cartas, relatos de experiências e casos clínicos na área da naturologia e disciplinas afins, de modo a estimular a produção de conhecimento na área.

Vale ressaltar também a participação dessa associação na luta pela inserção do(a) naturólogo(a) na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), conquista efetivada em 2015. (PASSOS; RODRIGUES, 2017) Dessa maneira, o próximo passo para a categoria é a regulamentação da profissão. Em 2012 foi dada entrada no Projeto de Lei nº 3.804/2012 que tramita no Congresso Nacional. Se regulamentado, o profissional passa a adquirir mais direitos, como o de atuar no SUS como naturólogo, bem como formar um Conselho Federal de Naturólogos, semelhante ao que já ocorre em outras áreas da saúde.

## HISTÓRIA DA MEDICINA NATURAL NA BAHIA

É notório que a introdução da Medicina Natural na Bahia é o resultado de transformações múltiplas, tanto na estrutura do sistema de saúde, que se adentrou em

outras técnicas terapêuticas para além da Medicina Convencional, quanto uma busca de médicos e estudantes de Medicina por uma vertente de cuidado diferente, aprofundando-se mais no sujeito/paciente de forma completa.

Uma mudança estrutural, por exemplo, é a PNPIC que foi implementada em 2006 pelo Ministério da Saúde, oferecendo nas suas diretrizes práticas da Medicina Tradicional chinesa, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, Medicina Antroposófica e termalismo social/crenoterapia. À medida que esses serviços foram sendo inseridos na rede, percebeu-se a necessidade de ampliar a oferta de outras PICS, incluindo agora entre estas também a Medicina Natural. Frente a isso, foi elaborada, com o apoio da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PEPICS) na Bahia, impulsionada por um amplo movimento social de trabalhadores e estudantes das áreas da saúde e educação, sendo estes associados à Universidade Federal da Bahia (UFBA). Aprovada apenas em 2019 pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), essa política foi construída com objetivo de consolidar o acesso às PICS no SUS.

O processo de recuperação da história do conhecimento naturopático na Bahia, como em todo o Brasil, é trabalhoso, haja vista que os saberes anteriores à Alopátia têm sido estigmatizados e desvalorizados. Ademais, como visto anteriormente, a formação médica também ficou limitada e concentrada na perspectiva alopática/hospitalocêntrica, que tem como base o uso de remédios sintéticos e intervenções cirúrgicas para tratar doenças. Resgatar as práticas naturalistas nesse cenário hostil de verdades absolutas, que corrobora com a medicamentação da vida, foi e tem sido extremamente difícil. Nesse contexto, os pioneiros da naturopatia na Bahia sofreram muito preconceito, sendo designados como loucos e, até mesmo, acusados de charlatanismo.

Essa dificuldade e discriminação em relação à Medicina Natural, ficam evidentes na história de Fernando Hoisel, médico graduado pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA e um dos pioneiros a introduzir a naturopatia na Bahia. Durante os anos de faculdade, foi muito crítico acerca do conteúdo propagado, inconformado por, muitas vezes, o lucro se sobrepor ao paciente na Medicina Alopática, a qual está focada fortemente na doença e não na promoção da saúde. Por questionar a formação tradicional, além de ser considerado louco por muitos colegas e docentes, quase teve o seu diploma negado. Apesar disso, ele se formou em 1974. Ao se graduar, Fernando afirmava: *“A faculdade de medicina me ensinou o que eu não devo fazer, mas não ensinou o que eu devo fazer...”*. Dessa forma, a fim de suprir essa lacuna da sua formação, Hoisel viajou pela América Latina em busca de informação e conhecimento que servissem de base para uma prática mais humana e mais distante do ciclo criado pela indústria farmacêutica.

O primeiro destino foi a Argentina, onde teve contato com pessoas que trabalharam com David Cooper, um dos fundadores da antipsiquiatria. Logo após, viajou para Bolívia e se interessou pelos conhecimentos dos Kallawayas, que eram responsáveis pela saúde no império Inca. Apesar de não utilizarem as técnicas empregadas pelo modelo biomédico, os Kallawayas eram bastante respeitados por curarem doenças que não tinham cura na Medicina ocidental. Ao conhecer esses curandeiros, Hoisel se encantou pelo domínio que eles tinham sobre as plantas e pelo uso medicinal delas.

Depois disso, seguiu para o Peru, mais especificamente para o Vale Sagrado dos Incas. Lá Fernando continuou seus estudos sobre plantas medicinais e experimentou de uma forma pessoal os seus benefícios, conforme o seguinte relato:

*Eu conheci uma menina de dez anos de idade, que sabia tudo sobre todas as plantas do quintal dela. Neste lugar, foi a última vez que eu usei um antibiótico. Eu tive um problema em uma unha, que para Medicina Alopática eu teria que arrancar a unha. E aquilo estava me incomodando muito, e essa menina um dia chegou lá e falou ‘mas você ainda tá com isso?’... Fui à farmácia, comprei um tratamento de antibiótico, tomei todo, melhorou, mas depois voltou tudo de novo. E aí essa menina foi no quintal dela e pegou três plantas, machucou as três plantas e colocou em cima. Uma dessas plantas era uma folhinha que serve para ‘tirar o sangue ruim’ – ela serve para se você tiver um machucado com pus e pôr em cima, enquanto tiver pus, o pus escorre. Pois ela pegou essas três plantas, amarrou no meu dedo com um pano e me disse ‘daqui a uma hora essa dor passa e daqui a três dias sua unha cai’ ... não aconteceu outra coisa.*

No Peru, ele conheceu o livro *Medicina Natural ao alcance de todos*, de Manuel Lezaeta, e após isso seguiu para o Chile em busca do autor. No entanto, ao chegar lá, Manuel já havia falecido, mas Fernando conheceu seu filho, Rafael Lezaeta, o qual fundou a Vila de Vida Natural, que existe até hoje. Após um ano e dois meses de viagens e estudos sobre a Medicina Natural, em um roteiro que inclui o Equador, Bolívia e outros países, Hoisel retornou à Bahia. Contudo, ao tentar colocar em prática todas essas terapêuticas, ele foi desacreditado.

Em Camaçari atuou na Secretaria de Assistência Social e, por exercer um ótimo trabalho, atraiu cada vez mais a população/novos pacientes. Apesar disso, Hoisel era hostilizado por seus colegas de profissão, que acreditavam que a Medicina estava restrita à Alopátia. Por isso, quando ele foi trabalhar na Garibaldi, em Salvador, ficou taxado de forma preconceituosa como “charlatão”.

Independente desse cenário, Fernando continuou com as práticas em que acreditava e a demanda pelo seu trabalho aumentou, principalmente, por conseguir tratar problemas considerados crônicos na Alopátia, como a enxaqueca. Com isso, ele chegou a ser procurado até por colegas de profissão, que se torna-



ram pacientes também. Todavia, Fernando conta que, apesar desses médicos, que eram seus pacientes, se tratarem com a Medicina Natural, eles não empregavam as terapêuticas da Medicina Natural em seus pacientes. Isso se deve, em grande parte, ao preconceito e à falta de credibilidade dessas práticas integrativas, diante do olhar da Medicina Convencional.

Outro importante pioneiro, que caminhou junto a Fernando, foi Aureo Augusto. No início da sua trajetória na Medicina, Aureo trabalhou com parto domiciliar planejado e, durante o acompanhamento das gestantes, recomendava práticas da naturopatia. Nessa época, já começou a ser procurado para o atendimento dos bebês e dos pais que se interessavam pela terapêutica naturalista. No entanto, Aureo conta que não se sentia seguro e, por isso, foi para o Chile, influenciado por Hoisel, para aprofundar os seus estudos na área. Aureo relata que a experiência foi muito enriquecedora e lhe deu a base teórica e prática que precisava, tornando-o mais confiante. Assim, ao retornar à Bahia, começou a atender como médico e naturopata.

Aureo foi fundamental para disseminação dos conhecimentos acerca da Medicina Natural. Isso ocorreu através dos grupos de estudo, bem como por meio de seus cursos, que prescindiam de formação acadêmica para ser aluno, diferentemente dos cursos de Fernando, os quais eram voltados para profissionais da área de saúde. Além disso, teve um importante papel na construção e documentação dos conhecimentos acerca da naturopatia devido aos seus livros e artigos publicados.

Atualmente, mora no Vale do Capão, na Bahia, e continua atuando como médico e naturopata. Nessa região, Augusto aprendeu muito com a população e, principalmente, com os camponeses a respeito das plantas que eles utilizavam no seu cotidiano. Esse é um trabalho muito importante de resgate do saber popular, que é muito rico no estado da Bahia, devido à influência dos costumes indígenas e da forte presença do candomblé.

De acordo com pesquisas desenvolvidas para a elaboração desse livro, Aureo e Fernando foram os principais pioneiros da Medicina Natural no estado da Bahia. Contudo, isso não exclui a possibilidade de existirem outros profissionais anteriores, sobre os quais não foram encontrados registros nesta pesquisa. Essa dupla de médicos, por meio de cursos e grupos de estudos, conseguiu expandir essa prática e seus conhecimentos, disseminando a Medicina Natural. É preciso destacar, no entanto, que, apesar dessa multiplicação do saber, ainda existem poucos naturopatas na Bahia. Assim, para a produção do capítulo, foram buscados relatos de seus amigos e alunos que até hoje praticam e dão continuidade à Medicina Natural na Bahia.

Uma profissional importante que teve influência dessa dupla em sua formação é Jocete Fontes, que trabalha há 41 anos com Homeopatia, além de outras práticas naturistas (dietoterapia, geotermia, hidroterapia). Ainda na faculdade,

Jocete já possuía uma visão diferente sobre o cuidado médico. Buscava conhecer sobre assuntos para além da Medicina e, durante seu curso na UFBA, participava de grupos de poesia e “namorava” com assuntos da área da Psicologia. Queria se tornar uma médica capaz de compreender a alma humana, conhecendo os funcionamentos físico e psíquico do corpo. Essa aptidão para ir além do que a formação tradicional requer e compreender que a Alopátia não é uma verdade absoluta, foi fundamental para que ela buscasse outras terapêuticas.

Durante sua formação acadêmica, conheceu Aureo Augusto, o qual despertou o interesse dela pela Medicina Natural, além de se tornar um grande amigo. Após a formatura de Aureo, a irmã caçula de Jocete foi diagnosticada com glomerulonefrite e não estava correspondendo ao tratamento convencional. Diante disso, Jocete decidiu levá-la para ser consultada pelo seu amigo. A partir de então, sua irmã adotou um novo estilo de vida, com hábitos alimentares mais saudáveis, fitoterapia, hidroterapia e uso de argila. Em 3 meses estava bem, com bons resultados em todos os seus exames. Ao observar essa recuperação, Jocete se apaixonou completamente pelas práticas naturais e decidiu aprofundar seus estudos sobre o assunto.

Nesse período, também, surgiu um movimento pioneiro de naturalismo na Bahia, impulsionado por Aureo Augusto e Fernando Hoisel, que levou a criação do Grupo de Estudos de Naturopatia (GEN). As reuniões aconteciam com o objetivo de compartilhar conhecimentos da Medicina Natural. Havia inclusive uma dose de experimentalismo, os participantes aplicavam neles mesmos o que estavam aprendendo, a fim de observar os efeitos práticos das condutas naturalistas. Contudo, com a mudança de Aureo para o Capão, o grupo se desfez.

Após se formar, Jocete começou a realizar atendimentos dentro de um contexto alopático, mas já aplicando algumas práticas naturalistas. Nesse primeiro momento, sua atuação se concentrou na rede privada. Depois disso, por meio do Programa Integrado da Periferia, ela foi trabalhar em um posto de saúde em Cajazeiras IV, bairro de Salvador. Lá, também teve a liberdade de usar a Medicina Natural, agora num âmbito público. Nesse lugar, seu trabalho resultou em uma cartilha popular de saúde, que continha, inclusive, informações sobre práticas fitoterápicas.

Além disso, Jocete escreveu um programa de estudo sobre si, chamado de “Medicina da Consciência”, o qual culminou na criação de uma Escola de Alquimia, que oferece uma experiência de consciência para a saúde há dez anos. Um dos enfoques do curso é despertar o entendimento de que o corpo tem a capacidade de se autocurar. Segundo Jocete, a Medicina Alopática é a Medicina do socorro imediato, eficaz em aliviar os sintomas e tratar doenças a curto prazo, porém insuficiente, pois não se preocupa com as causas do problema e falha em promover saúde. Sendo assim, o ideal seria o casamento entre a Alopátia e a Medicina Natural, pois, de forma

mútua, uma prática preenche as lacunas da outra e vice-versa. Para isso, o médico deve se concentrar em ouvir mais e medicar menos, propondo um estilo de vida mais saudável e utilizando práticas integrativas.

Tem-se, também, na Bahia, a contribuição do dr. Elias Lima, que teve uma trajetória um pouco diferente. Sua primeira formação foi em filosofia, no estado de São Paulo, onde chegou a ter um restaurante de comida natural. No entanto, mudou-se para Bahia, onde conheceu Aureo Augusto e passou a desenvolver hábitos de vida mais saudáveis e naturais. Lima abriu uma academia de ginástica e começou a se envolver com as áreas da Fisioterapia, da Física e até da Psicologia, com a proposta de desenvolver exercícios que pudessem ter, para além do benefício físico, um efeito antidepressivo. Nesse contexto, começou a cursar Medicina na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), em especial, por não concordar com os remédios fortes que eram prescritos aos seus clientes da academia para emagrecer.

Formou-se em 1990 e após se especializar em Neurologia no Hospital Johns Hopkins (Estados Unidos), voltou para o Brasil e fez especialização em Nutrologia. No seu mestrado em Neurociências, defendeu a tese de que a alimentação pode ser determinante no controle (chegando a propor a cura) da enxaqueca.

De acordo com o dr. Elias, a naturopatia é a busca por uma vida mais natural e pressupõe mudanças de hábitos. Sua prática visa à cura a partir do fortalecimento do sistema imunológico, o que é feito através da Medicina Natural baseada em evidências. Após estudar médicos naturalistas na Alemanha e Chile, ele começou a praticar essa terapêutica. Primeiro, começou atendendo pacientes, a maioria clientes da academia, que buscavam um estilo de vida mais saudável. Com o tempo, começaram a surgir pacientes mais complexos, com câncer, por exemplo.

Hoje, sua clínica é em Salvador, mas antes da pandemia vinha realizando, também no Resort Stella Maris, processo de tratamento naturais para um grupo de pacientes. Lá o paciente passa por um conjunto de práticas terapêuticas que visam a desintoxicação do corpo, como sauna, argila, geoterapia etc. Além disso, há acompanhamento psicológico durante o tratamento. Geralmente, esse processo dura cerca de dez dias devido ao alto custo envolvido, diferentemente dos protocolos desenvolvidos na Alemanha onde esses programas costumam durar 21 dias. Vale destacar que lá a Medicina Natural é bem aceita pela população e é uma prática também desenvolvida nos programas de saúde públicos, sendo considerada até a forma de tratamento oficial, e é responsável por cerca de 70% do atendimento médico. Lima também ressalta a importância dos psicólogos nesse processo, pois é necessária uma mudança da mentalidade para uma mudança dos hábitos.

Nesse processo de propagação da Medicina Natural na Bahia, também é importante falar sobre a atuação do dr. César Augusto Barreto, formado na Faculdade

Bahiana de Medicina em 1981. Ele começou sua vida profissional na Pediatria. Em 1989, já trabalhava no estado, sem muita perspectiva de mudança profissional até que, por influência de uma colega e um pouco a contragosto, se matriculou em um curso de fitoterapia, apenas para conseguir carga horária suficiente para aumentar o salário. Foi nesse curso que ele conheceu aquele que seria seu mestre em Medicina Natural, o dr. Fernando Hoisel. Em entrevista, César deu um importante depoimento de como a naturopatia mudou a sua vida:

*Meu filho caçula tinha uma asma muito grave e a vida dele era ser internado nos hospitais. Muitas vezes, já aconteceu de sair de manhã e voltar à noite. Durante o curso, eu comecei a aprender algumas coisas e comecei a fazer o tratamento dele dentro desse processo de Medicina Natural (fitoterapia e dietoterapia, como chamamos agora em Nutrologia). Em menos de três meses, ele deixou de ter asma, ficou bem. Minha esposa tinha rinite e ficou boa. Eu tinha dores de cabeças muito frequentes, não chegava a ser enxaquecas clássica, mas tinha frequente e com as mudanças que a gente fez, com o que eu fui aprendendo de alimentação, desapareceu.<sup>2</sup>*

Nesse curso entraram por volta de 50 profissionais, cerca de 20 chegaram a se formar e somente César exerceu a profissão. O que mostra como é difícil mudar um pensamento que se constrói durante toda a vida e é reforçado na formação acadêmica e o quanto a Medicina Alopática influencia fortemente o modo operacional dos médicos brasileiros.

No início da década de 1990, ainda atuava conforme os preceitos da Medicina alopática, no Estado e em emergência. Contudo, nesse período, César já sentiu certo incômodo de receitar remédios, como antibióticos e corticoides, aos seus pacientes, enquanto, em casa, ele utilizava outros métodos que eram mais eficazes e traziam mais benefícios a longo prazo. Diante disso, pediu demissão da clínica que trabalhava e logo depois recebeu um convite para trabalhar com Fernando Hoisel. No início, foi complicado, pois César não possuía pacientes de Medicina Natural, mas, com o tempo e com o seu trabalho dando resultados, passou a ser bastante procurado, inclusive pelos pais dos seus pacientes pediátricos. Ele entende que a Medicina Alopática, muitas vezes, não está focada em promover a saúde, mas apenas tratar os sintomas sem ir à causa do problema. Com isso, essa terapêutica pode se tornar apenas paliativa e não resolver a doença de forma permanente.

*A diferença maior entre o meu trabalho hoje e quando eu fazia somente a parte dita 'alopática' é que o paciente, quando sai do consultório, sabe que a saúde dele não está na mão do médico, nem da indústria farmacêutica, está na mão dele. São as atitudes*

---

2 Entrevista do dr. César Augusto Barreto sobre Medicina Natural fornecida para os discentes Fernanda Lima, Francipaulo Lemos e Gabriel Leitão em 2021.

*que ele vai ter com ele ao longo da vida, em todos os setores, é que vão determinar a qualidade de saúde que ele vai ter. Não tem a pílula mágica, nem remédio mágico, são as atitudes e escolhas ao longo da vida.* (dr. César Augusto Barreto)

A implementação da Medicina Natural na vida de um paciente não é algo simples, César relata que há muito estranhamento, dúvidas e desconfiança. A mudança de hábitos alimentares é algo completamente desafiador. Contudo, as informações a respeito dos benefícios da dieta somada com bem-estar sentido pelo paciente ao mudar sua alimentação são motivadores importantes que o auxiliam neste processo.

César afirma que busca, com a Medicina Natural, afastar o paciente do médico convencional e da farmácia. Ao invés de simplesmente adotar tratamentos para cada sintoma, ele busca investigar a sua causa e ensinar as pessoas a terem saúde. O seu foco não é na doença, mas na promoção da saúde e bem-estar do indivíduo. Dessa forma, ele conseguiu obter respaldo na Bahia e hoje tem pacientes que ele acompanha há mais de 30 anos.

Até tal momento, fica evidente que a formação naturopata não era valorizada no meio acadêmico. Sendo assim, foi necessário que os médicos, que não concordavam plenamente com a Alopátia ou a consideravam insuficiente, buscassem conhecimentos tanto de forma autodidata, quanto em cursos fora da rede convencional. Todavia, um importante ponto de mudança, foi a transição do diretório acadêmico e da grade curricular, em que as matérias foram alteradas e os conteúdos de Fisiologia, Patologia, Anatomia e Bioquímica, que antes eram abordados de forma fragmentada, passaram a ser interligados.

Essa proposta começou a ser pensada durante a formação de dr. Adriano Cirino. Seu primeiro contato com a naturopatia aconteceu a partir de um curso ministrado por Fernando Hoisel. Esta terapêutica o encantou, especialmente por conta da sua proposta integralista. Após isso, conheceu o Instituto BioFAO (Fatores de Auto-organização do biocampo), onde teve aulas com Miriam de Amorim e aprendeu sobre diluições, medicamentos homeopáticos e sobre o biocampo, o que foi igualmente importante para sua formação.

Após concluir a faculdade, abriu seu consultório particular e, utilizando os conceitos adquiridos com Hoisel e Amorim, começou a praticar a Medicina Natural. Seus pacientes tinham um brilho no olhar, sentiam-se mais fortes, mais saudáveis, mais dispostos, graças ao tratamento humanizado e de fato preocupado com promoção de saúde integral do indivíduo.

Outra profissional com importante atuação na promoção de saúde no meio universitário é a dra. Diana Pedral Sampaio, médica, que fez residência em São Paulo, em doenças infecciosas no Servidor Público no Instituto de Assistência

Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) e doutorado em Medicina Interna. Iniciou sua carreira profissional na mesma época do aparecimento dos casos de pacientes soropositivos. A perda abrupta desses pacientes tornou a situação muito difícil, pois Pedral tinha escolhido essa especialidade por não existirem tantos pacientes crônicos. Precisou de ajuda e utilizou das PICS para o autocuidado e tentou levar, também, como ferramenta de superação para os familiares que perderam seus entes queridos.

O nascimento do ambulatório de PICS ocorreu devido à transferência do ambulatório de infectologia do Hospital das Clínicas, onde a dra. Diana trabalhava, para o Hospital Magalhães Neto. No primeiro dia de atendimentos na nova localização, dia 2 de fevereiro de 2012, não havia pacientes agendados, pois era feriado. Sem pacientes agendados, a médica convidou porteiros e secretárias, para serem os seus pacientes. Com o passar do tempo, por bons resultados, a demanda foi aumentando, e pelo pedido de separação dos serviços oferecidos no ambulatório foi necessário criar um espaço apenas para os atendimentos com as PICS. Percebendo que não poderia trabalhar sozinha, iniciou-se, nesse novo espaço de PICS, as capacitações com cursos de reiki, curso de cromoterapia, reflexoterapia, entre outros. Todos com grande quantidade de aprendizes. Muitos deixaram de ser apenas adeptos, passando a ser terapeutas, tornando-se voluntários e realizando as práticas aprendidas ali no hospital.

Em um evento da UFBA, em 2016, foi realizada uma tenda pública com oferta das PICS, para professores e estudantes. O perfil dos estudantes causou considerável impacto na dra. Diana. Nas suas próprias palavras, muitos estudantes se apresentaram “*com ideação suicida e com sofrimento psíquico*”.<sup>3</sup> A partir de então, a médica decidiu dedicar sua atuação menos à infectologia e ficar mais na área das PICS, onde se sentiria mais útil. No ambulatório, inicialmente, os atendimentos eram de pacientes adultos e idosos com dor crônica, mas ver uma grande quantidade de jovens entrando na universidade com depressão e ideação suicida foi decisivo na mudança da sua perspectiva.

Destaca-se na atuação e divulgação da Medicina Natural, o médico com especialização em Neurologia, dr. Ítalo Almeida. Com 36 anos de formação, relata que nos primeiros dez anos de sua prática, trabalhando em áreas de urgência e emergência neurológica, tinha uma qualidade de vida ruim. Recorrendo sempre a medicamentos estimulantes ou calmantes. Em 2004, fez um curso sobre ayurveda e a partir de então começou a introduzir, de forma branda, um pouco desses ensinamentos em suas abordagens com seus pacientes. Em 2006, na Universidade de

---

3 Entrevista da dra. Diana Pedral Sampaio sobre Medicina Natural e PICS fornecida para a discente Brena Torres e o docente Eduardo Reis em 2021.

Compostela, na Espanha, realizou um curso master de dois anos sobre a Medicina Natural. Ao retornar para o Brasil, já não utilizava nenhum daqueles medicamentos e também havia alterado sua alimentação. A partir de então, em 2009, sua abordagem clínica já era completamente preenchida pela Medicina Natural e, quando necessário, pela Medicina Integrativa.

Para dr. Ítalo a Medicina Natural é

*[...] aquela que estimula as forças naturais do organismo. Aquela que sente, percebe e vê que o organismo tem um potencial de saúde enorme. Tá sempre buscando a saúde, as forças para lutar e prevenir as doenças. A Medicina Natural está atrás de hábitos, estilos e comportamentos que evitam o risco da doença. Preza e estimula a saúde.<sup>4</sup>*

Enquanto a Medicina Integrativa é:

*[...] a Medicina Natural entrando junto com esse modelo alopático, que é muito eficiente nas doenças agudas. A gente tem que colocar cada coisa em seu lugar. O indivíduo que está com meningite não tem que ficar tomando 'gotinhas de homeopatia', tem que ir para o hospital tomar antibiótico. Quando ele sair de lá, o médico integralista vai entender o porquê ele teve uma meningite, como ele faz para suas forças aumentarem para você não vir a ter uma nova infecção grave. (dr. Ítalo Almeida)*

Diante dessa abordagem lúcida sobre os limites entre as Medicinas Natural, Integrativa e Alopática, dr. Ítalo desenvolveu sua prática. Sempre buscando prevenir as doenças crônicas relacionadas à sua especialidade: Neurologia. Sua conduta durante a consulta utiliza de parâmetros do estilo de vida do paciente, como qualidade do sono (não apenas estudar a quantidade de horas, mas a que horas o paciente vai dormir); quantidade de exercício/atividade de exercício físico (salientando que o melhor exercício físico é aquele que o paciente gosta e é capaz de fazer); hábitos alimentares e solicitação de exames de rotina.

Esses foram e são importantes médicos que vêm estruturando e construindo a história da Medicina Natural na Bahia, com a importância também dos adeptos da naturopatia. Sendo assim, buscou-se compreender o outro lado, o lado do paciente. Diferentemente daquele que instruiu, o paciente é aquele que, ao receber a informação, decidirá como agir. Um desses pacientes entrevistados é Virgílio Neto, que foi paciente do dr. Fernando Hoisel. No início, Virgílio relata que, mesmo não tendo nenhuma doença crônica, o dr. Fernando propôs uma mudança drástica a fim de melhorar sua saúde, que seria cortar os “três vilões brancos” de sua alimentação. Virgílio seguiu a dieta por três meses, mas decidiu parar.

---

4 Entrevista do dr. Ítalo Almeida sobre Medicina Natural fornecida para os discentes Julia Tomo e Gabriel Leitão em 2021.

Destaca-se aqui a importância das decisões do paciente. A alimentação muito além de nutrir o corpo envolve também aspectos individuais, culturais e sociais. Muitas vezes, comer é um ato mais social do que nutricional. Quantas vezes nos reunimos em torno da mesa, em aniversários, com mesas repletas de doces, refrigerantes, bebidas alcólicas? É diante de um cenário repleto de “tentações”, que os indivíduos modernos vivem. Os alimentos mais comuns, nos restaurantes, supermercados, sorveterias, padarias, são repletos dos “três vilões”, com um adicional grátis de conservantes, óxidos e transgênicos. Por isso, é necessário certo grau de determinação e perseverança do paciente em manter um hábito alimentar que pensa a médio e longo prazo, muito além do prazer instantâneo, pois, a longo prazo, as ações iniciais tornar-se-ão hábitos naturais.

No caso de Virgílio, ele relata que o despertar para a Medicina Natural e sua preocupação com a alimentação foi acontecendo com o tempo, e ele sempre retornava ao consultório de Hoisel. Mesmo sem conseguir adotar o tratamento à risca, ele começou a perceber melhoras na qualidade de vida, em especial, as gripes e alergias se cessavam quando tinha uma alimentação mais saudável sem “os três vilões”. Depois de 20 anos, ele conseguiu implementar grande parte da terapêutica natural como hábito; o que no início era certamente desafiador, hoje é algo natural.

Um relato importante de Virgílio, foi que, certa vez, prestes a fazer uma cirurgia ortodôntica, dr. Fernando receitou uma dieta à base de alimentos crus, cerca de quatro dias antes da cirurgia e um período depois. O paciente relata que seu dentista tinha pedido para ele retornar com 20 dias para a retirada dos pontos, mas depois de uma semana os pontos já estavam soltos na sua boca. Ao voltar ao dentista, em torno de cinco dias após a operação, o dentista ficou chocado com a cicatrização, tão rápida que não parecia que havia sido feito uma intervenção ali. Cabe ressaltar também que, após a cirurgia, Virgílio não fez uso de antibiótico.

Um exemplo prático e de propagação dos ideais do mundo da Medicina Natural, pode ser encontrado em Salvador, no restaurante, Grão de Arroz, fundado por Luis Antônio Mota, inspirado nas ideias de Tomio Kikuchi, japonês que veio morar no Brasil e trouxe consigo a macrobiótica. Filosofia de origem japonesa que vai além de práticas alimentares e que busca a harmonia dos seres com a natureza e o planeta Terra. Um dos seus fundadores, George Ohsawa, prega que devemos consumir alimentos naturais, plantados, colhidos e encontrados em um raio de 1km de onde moramos, ou seja, consumir o máximo de alimentos locais na sua dieta.

Essa filosofia de vida mudou a história de dona Erminda. Formada em Educação Física, morou por 17 anos em Salvador. Por influência da família, desde jovem, era adepta a Homeopatia e a macrobiótica. Um relato marcante de sua



vida, deu-se com sua mãe, diagnosticada com Alzheimer. Ao deparar-se com seus pais, especialmente, sua mãe, debilitada e acamada, dona Erminda decidiu cuidar da mãe. Levou-os para morar consigo em Guarulhos e entrou em contato com o dr. Hoisel, por telechamada. O médico orientou para que Erminda mudasse os hábitos alimentares da mãe, cortando o consumo dos “três vilões” e da carne, além de começar a hidroterapia. A partir dessas mudanças que Erminda seguiu à risca, sua mãe obteve melhoras progressivas, voltou a tocar piano, a ler e a escrever. Hoje, a paciente lembra-se com muito carinho da sua trajetória de cuidado com a mãe e ainda segue práticas da Medicina Natural, mantendo, por exemplo, uma dieta baseada em vegetais e frutas cruas.

Com este capítulo e as entrevistas que serviram de base para a sua construção, é possível perceber que a naturopatia de consultório é muito recente e pouco difundida. Isso se deve principalmente à formação acadêmica, que infelizmente mantém-se ainda muito focada na Alopátia e, apesar de discutir as práticas integrativas, continua as vendo como alternativas. Prova disso é que essas terapêuticas não fazem parte da grade regular do curso de Medicina. Dessa forma, tem-se um cenário no qual a Medicina Alopática se sobrepõe às outras, o que gera consequências negativas até hoje.

A Bahia, por exemplo, é um estado onde a cultura do chá é forte, devido à herança da população indígena. Também, o candomblé e as culturas afrodescendentes trouxeram riquíssimos conhecimentos acerca das plantas. No entanto, esses saberes nunca foram valorizados como prática terapêutica e, por isso, foram sendo perdidos. Como consequência dessa perda cultural, para resgatar a prática da naturopatia, os médicos pioneiros viajaram para fora do país, para outros países latinos, os quais conseguiram preservar melhor estes importantes conhecimentos ancestrais.

É possível perceber, também, que esse resgate não foi fácil. Estudos autônomos, busca e construção do próprio conhecimento, muita pesquisa, além das dificuldades de implementar, no meio médico, algo diferente do pensamento predominante da Alopátia. Os pioneiros da naturopatia foram hostilizados e desacreditados e tiveram que provar a sua terapêutica na prática e, assim, estão conseguindo cada vez mais respeito, além de difundir ainda mais a Medicina Natural no estado.

Outro fator que merece atenção é que há muito pouco documentado sobre essa prática na Bahia, o que é prejudicial para a propagação do conteúdo acerca da naturopatia. Devido a isso, a construção deste capítulo conta com pesquisas que tiveram que ir além das fontes convencionais, como livros e artigos científicos, para ter contato com as pessoas que estão ativamente construindo e vivendo a Medicina Natural. Por meio de reuniões e entrevistas, foram coletadas experiências e dados sobre a naturopatia praticada dentro do consultório médico e essas

entrevistas serão disponibilizadas nos *links* para aqueles que tiverem interesse de estreitar os laços com a Medicina Natural.

## HÁBITOS E NECESSIDADES DO HOMEM

É importante destacar que o estilo de vida moderno, da hiperprodutividade, trouxe consigo também outros impactos e gerou certo círculo do adoecimento. O cotidiano está cada vez mais abarrotado de obrigações externas, deixando as questões básicas do organismo em segundo plano. Isso é facilmente notado, com a febre, por exemplo, das redes de *fast-food*. As pessoas, ao buscarem certa praticidade, optam por essa alimentação rápida, pouco nutritiva e muito calórica. De acordo com o médico já falecido, Fernando Hoisel, a alimentação moderna tem como norte os três vilões brancos: o açúcar, o sal e a farinha refinados. Ingredientes bastante presentes nos alimentos ultraprocessados e nos alimentos de redes de *fast-food*. Associada a essa alimentação ruim, outros maus hábitos decorrentes desse estilo de vida são um sono cada vez tardio e escasso e o estresse constante, diário e acumulativo.

Esses costumes facilmente vivenciados por milhares de pessoas são importantes engrenagens para o círculo do adoecimento. Indiscutivelmente, o número de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) eclodiu de forma avassaladora, aumentando o número de vítimas de doenças como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, câncer e doença celíaca, dentre outras. Segundo um relatório da OMS, as DCNT, em 2019, foram responsáveis por sete a cada dez mortes no mundo.

## HÁ LUZ NO FIM DO TÚNEL

Apesar de todos esses percalços, as discussões sobre todo o universo da saúde e do saudável, extrapolando o universo técnico, científico e unicamente médico, vêm avançando. A compreensão de que somos seres integrais, completos e conectados, tanto com o outro, quanto com o ambiente é cada vez mais real.

Assim, a Medicina Natural adquiriu na contemporaneidade uma nova vertente de atuação: a Medicina do estilo de vida. De acordo com o American College of Lifestyle Medicine (2009), essa é uma prática clínica pautada em evidências científicas que visam prevenir, tratar e, sempre que possível, reverter as DCNT. Através do encontro entre o conhecimento médico técnico e a capacitação do paciente, é possível desenvolver planos para alterar comportamentos e hábitos do paciente, a fim de melhorar sua qualidade de vida.

Um ponto para a emergência dessa visão médica é o descontentamento de muitos médicos com a prática médica tradicional, que muitas vezes é reduzida apenas ao tratamento do sintoma e uma medicamentação excessiva. Tal conduta muitas vezes diverge do ato de cuidar, prevenir e tratar os males do paciente. Assim como há também certo descontentamento dos pacientes que buscam por uma integralização do cuidado e por formas de tratamento que englobam o fisiológico, psicológico e social.

Curiosamente, essa prática aparentemente inovadora notou o que os primeiros naturopatas constataram há muitos séculos: muitos dos males infligidos ou que acometem o ser humano são fruto de suas próprias ações. Entretanto, frente a sua opacidade visual<sup>5</sup> e diante dos confortos e prazeres do habitual, as pessoas não enxergam ou não querem assumir a parcela de responsabilidade que lhes cabe.

Além disso, a mudança, indiscutivelmente, necessita de abdições e restrições, ações que inicialmente podem nos gerar até certo desconforto. Todavia, os benefícios da adoção de práticas naturopatas, como a alimentação balanceada com a quantidade adequada de carboidratos, gorduras, proteínas, vitaminas e sais minerais; exercícios físicos regulares e constantes; redução e, se possível, retirada de álcool, tabaco e excesso de drogas (lícitas ou ilícitas) e cuidados com a saúde mental, são imensuráveis.

## COMO COMEÇAR

É comum justificar os maus hábitos praticados pela rotina exaustiva. Contudo, a verdadeira problemática não se trata da falta de tempo, mas da sua má gestão. É frequente que se dedique muito tempo a redes sociais acessando, por exemplo, vídeos que, na medida certa promovem um relaxamento e diversão, mas que tendem a extrapolar o limite do saudável mental e físico.

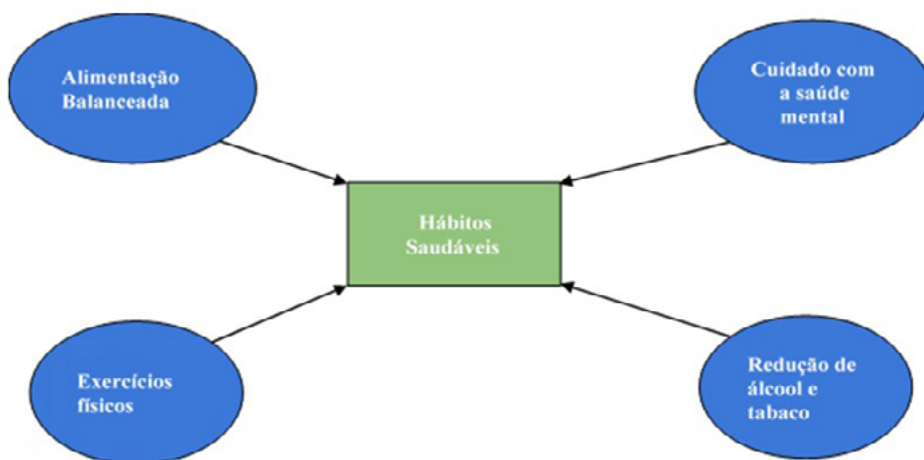
O que pode ser feito para quebrar esse ciclo vicioso e iniciar uma rotina de investimento pessoal? Apesar da resposta parecer simples, o caminho não é tão fácil. Um dos primeiros passos é buscar por uma alimentação nutritiva, a “comida de verdade”, com alimentos frescos e saudáveis. O próximo passo é praticar atividade física regularmente, escolher um exercício físico de sua preferência facilita a manutenção da regularidade. Outro ponto importante é a saúde mental, como diria o filósofo grego, Sócrates: “Conhece-te a ti mesmo!”. Conhecer a si é conseguir, de certa forma, administrar ações que geram sensações boas, como alegria e compai-

---

5 Refere-se à capacidade limitada do indivíduo de perceber todos os acontecimentos ao seu redor, devido ao seu limitado potencial de foco, no qual é preciso delimitar um objetivo específico para depois atentar-se a outros acontecimentos.

xão, e evitar aquelas que geram sensações ruins, como irritação e/ou inquietação. Esses passos simples são o início para uma vida mais saudável e equilibrada.

É preciso ter em mente que se trata de um processo. Portanto, acertos, erros e ajustes podem e serão feitos. Sendo fundamental atitudes proativas do paciente associadas a um diálogo franco e próximo com o(s) profissional(is) que o acompanha.



**Figura 2** – Mudando a sua vida  
Fonte: elaborada pelos autores.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF LIFESTYLE MEDICINE. *The power of lifestyle medicine to treat chronic disease*. Chesterfield, MO, 2021. Webinar. Disponível em: [https://www.lifestylemedicine.org/ACLM/Education/Webinar\\_Archive\\_Open\\_Source/The\\_Power\\_of\\_Lifestyle\\_Medicine.aspx](https://www.lifestylemedicine.org/ACLM/Education/Webinar_Archive_Open_Source/The_Power_of_Lifestyle_Medicine.aspx). Acesso em: 14 jun. 2021.

APOSTILA de filosofia. *Universidade Estadual de Feira de Santana*, Feira de Santana, [201-?]. v. 3. Disponível em: [http://www2.uefs.br/filosofia-bv/pdfs/apostila\\_03.pdf](http://www2.uefs.br/filosofia-bv/pdfs/apostila_03.pdf). Acesso em: 14 jun. 2021.

AUGUSTO, A. Introdução ao pensamento integrativo em Medicina. In: BARRETO, A. F. *Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação*. Recife: Editora UFPE, 2014. p. 61-82.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia*. Salvador: SESAB, 2019.

- BARROS, N. F. Práticas Integrativas em Saúde: a Margem, o Núcleo e a Ambivalência. In: BARRETO, A. F. (org.). *Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação*. Recife: Editora UFPE, 2014. p. 49-60.
- 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*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 19 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 28 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- CAMPOS, Á. *Poesia completa de Álvaro de Campos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- CARNEIRO, H. O saber fitoterápico indígena e os naturalistas europeus. *Fronteiras: Revista de História*, Dourados, v. 13, n. 23, p. 13-32, enero/jun. 2011.
- CAVALCANTI, F. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: histórico, avanços, desafios e perspectivas. In: BARRETO, A. F. (org.). *Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação*. Recife: Editora UFPE, 2014. p. 139-154.
- CERATTI, C. *Naturopatia/naturopatia no pórtico das racionalidades médicas: uma perspectiva de legitimação a partir da educação superior no Brasil e no mundo*. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.
- CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2000.
- HANG, E. G. Integrative medicine and health in undergraduate and postgraduate medical education. *GMS Journal for Medical Education*, v. 38, n. 2, Doc46, 2021.
- KISLING, L. A.; STIEGMANN, R. A. *Alternative Medicine*. Treasure Island: StatPearls, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538520/>. Acesso em: 7 maio 2021.
- LOOS, H.; SANT'ANA, R. S. Cognição, afeto e desenvolvimento humano: a emoção de viver e a razão de existir. *Educar em revista*, Curitiba, n. 30, p. 165-182, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-40602007000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602007000200011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 7 maio 2021.
- MILLSTINE, D. Medicina tradicional chinesa. *Manual MSD*, Rahway, set. 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/t%C3%B3picos-especiais/medicina-integrativa-complementar-e-alternativa/medicina-tradicional-chinesa?query=Medicina%20tradicional%20chinesa>. Acesso em: 1 maio 2021.

MILLSTINE, D. Naturopatia. *Manual MSD*, Rahway, set. 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/t%C3%B3picos-especiais/medicina-integrativa-complementar-e-alternativa/naturopatia?query=Naturopatia>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MILLSTINE, D. Visão geral da medicina integrativa, complementar e alternativa. *Manual MSD*, Rahway, set. 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/t%C3%B3picos-especiais/medicina-integrativa-complementar-e-alternativa/vis%C3%A3o-geral-da-medicina-integrativa-complementar-e-alternativa?query=Vis%C3%A3o%20geral%20da%20medicina%20integrativa,%20complementar%20e%20alternativa>. Acesso em: 15 abr. 2021.

NASCIMENTO, M. C. do; NOGUEIRA, M. I. Concepções de natureza, paradigmas em saúde e racionalidades médicas. *Fórum Sociológico*, Lisboa, série 2, n. 24, p. 79-87, 2014.

OLIVEIRA, M. A. de C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo mundo entre 2000 e 2019*. Brasília, DF, 10 dez. 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/104646-oms-revela-principais-causas-de-morte-e-incapacidade-em-todo-o-mundo-entre-2000-e-2019>. Acesso em: 7 ago. 2021.

PASSOS, M. A.; RODRIGUES, D. de O. Naturologia no Brasil e a Naturopatia no mundo: uma breve abordagem entre semelhanças e diferenças. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, Santa Catarina, v. 6, n. 10, p. 79-95, 2017.

PAULINO, A. D. Os sentidos de existência humana: identidade e reconhecimento. *Cadernos do Ceom*, Chapecó, v. 24, n. 35, p. 253-276, 2011.

REBOLLO, R. A. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiae Studia*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 45-81, 2006.

REZENDE, J. M. Dos quatro humores às quatro bases. In: REZENDE, J. M. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 49-53. (Série História da Medicina, 2).

RODRIGUES, C. L. Humores e temperamentos: considerações sobre a teoria hipocrática. *Páginas de Filosofia*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 109-120, jul./dez. 2020.

SABBAG, S. *et al.* Origem e desenvolvimento da Naturologia no Brasil: aspectos conceituais, históricos e políticos. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, Santa Catarina, v. 6, n. 11, p. 59-67, 2017.

SAMPAIO, D. P. *História da Medicina Natural na Bahia*: depoimento. [Entrevista cedida a] Brenna Torres e Eduardo Reis. Salvador, 2 maio 2021.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

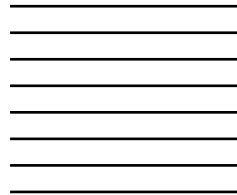
STERN, F. L. *A Naturologia no Brasil: histórico, contexto, perfil e definições*. São Paulo: Entre Lugares, 2017.

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. de S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. e0019124, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000200507&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200507&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 8 maio 2021.

TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. L. Fitoterapia Popular: busca instrumental enquanto prática terapêutica. *Texto & contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 115-121, 2006.

WORLD CONGRESS ON INTEGRATIVE MEDICINE AND HEALTH. The Berlin Agreement: self-responsibility and social action in practicing and fostering integrative medicine and health globally. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, New York, v. 23, n. 5, p. 320-321, 2017.

WORLD NATUROPATHIC FEDERATION. *Naturopathic historical reference*. Canadá, 2017. Disponível em: [http://worldnaturopathicfederation.org/wp-content/uploads/2015/12/WNF\\_Historical\\_document\\_June-2017.pdf](http://worldnaturopathicfederation.org/wp-content/uploads/2015/12/WNF_Historical_document_June-2017.pdf). Acesso em: 10 maio 2021.



## 18

# HISTÓRIA DA ACUPUNTURA

*Anamélia Lins e Silva Franco*  
*Bernardo de Oliveira Torres*  
*Lilian Carneiro de Carvalho*  
*Renata Roseghini*  
*Valdir dos Santos Junior*

### INTRODUÇÃO

Há mais de 5 mil anos, surgiu na China um conjunto de práticas e saberes associados aos cuidados em saúde que ao longo do tempo recebeu a contribuição de diversos povos, dentre estes Tibete, Índia, Japão, Coreia. (PEREIRA; ALVIM, 2013) Isso significa que, apesar de utilizarmos um único termo, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é plural e abriga medicinas que nasceram e são desenvolvidas em locais e períodos históricos distintos possuindo o taoísmo como matriz comum.



Essa matriz compreende o ser humano como parte do universo e esse deve se esforçar para viver em harmonia. (LUZ, D., 2012)

A MTC engloba diversos métodos terapêuticos, como a Acupuntura, a moxabustão, a meditação, a fitoterapia, a massagem, a dietética, as práticas corporais, a auriculoterapia, que entendem o ser humano como um organismo que precisa de cuidados diversos, que incluem seus aspectos físicos, psico-comportamentais e espirituais. A MTC trabalha com os desequilíbrios energéticos que podem estar em diferentes níveis de profundidade e que dependem também de fatores externos (estações do ano, clima), internos (alimentação, ritmo diário, sono, emoções, sentimentos) e hábitos de vida, em geral.

A MTC explica o processo de saúde-doença a partir de um arcabouço teórico-filosófico que envolve a teoria do Yin-Yang, a teoria dos Zang-Fu e a teoria dos cinco elementos bem como a compreensão da relação destas teorias com o corpo humano. (PEREIRA; ALVIM, 2013)

A ideia de que existe uma ordem natural que flui no universo e de que o homem faz parte desta ordem é comum nas tradições orientais e está presente nos cuidados em saúde de suas culturas. O Dao, ou o “caminho”, é a origem não dual de tudo, segundo a filosofia taoísta. Sendo assim, o homem vive bem quando flui com o Dao e vive mal quando se opõe ao fluxo do “caminho natural”. Por estar presente no Dao e ser parte dele, o homem seria, portanto, um com o todo, pois faz parte de tudo. Dentro desta visão, o homem é um microcosmo que se alinha e interage com todo o universo, que é um macrocosmo.

Por se tratar de uma Medicina baseada em princípios filosóficos orientais, entender os desequilíbrios energéticos de Yin e Yang é o cerne para a compreensão do processo de constituição das patologias. Segundo Daniel Luz (2012), as energias Yin e Yang possuem polaridades opostas, mas se complementam, se equilibram e são interdependentes. A organização destas forças em diferentes proporções forma tudo o que existe no universo e são as manifestações do Dao. Esses fenômenos naturais apresentam aspectos Yin quando se referem à noite, ao descanso, à sombra, à lua, à terra, à concepção, à introspecção, ao inverno, ao frio, e à forma redonda, e aspectos Yang ao se referir ao calor, à atividade, à luz, ao sol, ao céu, à expansão, ao verão e ao formato quadrado.

Desta forma, como o sistema Yin é dependente do Yang, e vice-versa, e estes estão intimamente relacionados com a energia vital do corpo humano (Qi) e o sangue (Xue), qualquer desequilíbrio nesse sistema irá gerar um aumento ou diminuição de Yin ou de Yang, o que vai causar desde alterações emocionais e comportamentais até sintomas, doenças e enfermidades no ser humano. A MTC acredita que para essas doenças serem curadas é necessário restabelecer o equilíbrio Yin-Yang para que o corpo volte ao seu funcionamento saudável. (MACIOCIA, 2005)



**Figura 1** – Tai Chi: uma das representações clássicas dos aspectos Yang (acima, branco) e Yin (abaixo, preto)  
Fonte: Master din whushu (2011).<sup>1</sup>

Na concepção da cosmologia da MTC, as energias Yin-Yang se combinam em diferentes proporções e formam os cinco movimentos ou cinco elementos da natureza: terra, água, fogo, madeira e metal. Compreender a interrelação entre eles ajuda a entender os fenômenos fisiológicos e patológicos que acontecem nos tecidos e órgãos do corpo humano. (MACIOCIA, 2005) Como na natureza, os cinco elementos têm que estar em harmonia para que haja equilíbrio no organismo, de modo a manter o fluxo normal da energia vital e a preservação do estado de saúde do indivíduo. (PEREIRA; ALVIM, 2013)

Cada um dos cinco elementos rege uma dupla de órgãos Yin-Yang (Zang-Fu) e a compreensão da interação entre eles é fundamental para o entendimento da fisiopatologia, do diagnóstico da doença e do seu tratamento segundo a MTC. Nesta teoria, Zang representa os órgãos sólidos e internos, com características Yin, que são: rins, baço/pâncreas, fígado, coração, pulmão e pericárdio (compreendido como um órgão); enquanto Fu representa os órgãos ocos e externos, com características Yang, que são: bexiga, estômago, vesícula biliar, triplo aquecedor (formado pelo aquecedor superior, médio e inferior), intestino delgado e intestino grosso. Os Zang são responsáveis pelo armazenamento de substâncias vitais, como a energia (Qi), as essências e emoções (Shen) e o sangue (Xue). Os Fu são responsáveis pela digestão dos alimentos, absorção de nutrientes e pela excreção de dejetos.

A função dos órgãos, segundo a teoria do Zang-Fu, incorpora a noção de canais de energia ou meridianos (Luo) principais, aos quais cada um destes órgãos está associado e através dos quais age e interage com todo o corpo humano e o ambiente, bem como os tecidos, glândulas e estruturas que são regidos por estes. (MACIOCIA, 2005)

1 Disponível em: <http://masterdinwhushu.blogspot.com/p/significado-do-termo-tai-chi-chuan-os.html>.

Este texto pretende apresentar a história da MTC na Bahia. Para isso, apresenta aspectos gerais desta Medicina, informações sobre sua história no mundo e no Brasil. Entende-se esta Medicina como uma racionalidade médica, como define Madel Therezinha Luz (2012), composta por uma cosmologia, uma compreensão de anatomia, fisiologia, doutrina médica, sistema diagnóstico e terapêutico. Para apresentar a MTC na Bahia, foram realizadas entrevistas com profissionais ou com seus parentes, que puderam relatar esse processo histórico, social, econômico e pedagógico. Trata-se de um cenário centrado em Salvador, entretanto a Medicina Chinesa está difundida por outros municípios do estado.

## A ACUPUNTURA COMO FERRAMENTA DE CUIDADO

A Acupuntura é, entre as técnicas oriundas da MTC, uma das mais aceitas e difundidas no Ocidente. Em diversos locais ao redor do mundo, a prática é incentivada pelos governos como terapia para o cuidado e manejo de diversas doenças, sobretudo àquelas associadas aos efeitos da vida urbana.

O termo “Acupuntura” tem origem latina em que “*acus*” remete a agulhas e “*pungere*” significa puncionar. Na origem chinesa, o termo para se referir ao tratamento *zhēnjiǔ* contém as palavras “ferro” e “fogo”, representando o uso da agulha e da moxabustão, que consiste na aplicação de calor produzido pela combustão de ervas.



**Figura 2** – Ideograma *zhēnjiǔ*: a terapia clássica das agulhas e do fogo  
Fonte: Mariluz Ortiz ([201-?]).<sup>2</sup>

2 Disponível em: <https://i.pinimg.com/originals/01/63/df/0163df936e98376920343907e1a3fd0c.jpg>.

A técnica da Acupuntura se constitui em estímulos com agulha em pontos específicos do corpo. Os acupontos, como também são conhecidos, possuem terminações nervosas densas pelas quais é possível acessar o sistema nervoso central do paciente através do estímulo em receptores nociceptores. (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2010)

Os acupontos foram identificados a partir da experiência empírica. Atualmente, o método científico consegue provar que tais pontos possuem especificidades fisiológicas importantes que identificam diferença funcional entre tais pontos anatômicos e outras partes do organismo. Por exemplo, alguns estudos demonstram que a resistência elétrica dos acupontos é mais baixa do que a dos demais segmentos da pele e podem ser reconhecidos através de equipamentos específicos. (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2010)

Além disso, é possível medir e analisar o aumento na liberação de determinados neurotransmissores específicos após o estímulo de um acuponto. Atualmente, as práticas de medição enzimática, associadas a exames de imagem do encéfalo, revelam que há alterações importantes no sistema nervoso central quando uma sessão de Acupuntura é realizada. (PEREIRA; ALVIM, 2013)

Por ser uma prática com base num paradigma diverso do paradigma biomédico, a MTC foi vista como prática oposta aos conhecimentos da Medicina Ocidental Biomédica. Criou-se uma guerra intensa no intuito de descredibilizar/depreciar seus praticantes porque não conseguiam provar, a partir dos pressupostos científicos ocidentais, o que argumentavam em suas práticas terapêuticas.

Atualmente, com as análises que se estabeleceram através da produção científica, os profissionais de saúde entendem que a Acupuntura e as diversas técnicas oriundas da MTC são eficazes não só para o tratamento e prevenção de diversas doenças, mas também como práticas de promoção da saúde na perspectiva da compreensão do indivíduo em sua subjetividade e na busca de cada um pelo seu caminho de auto equilíbrio.

A Acupuntura tem sua prática relacionada com a diminuição do uso de medicamentos e seus efeitos colaterais. Outros pontos positivos se referem à complementaridade com a Medicina Moderna – já que a Acupuntura pode ser feita simultaneamente a qualquer tratamento –, à simplicidade de instrumentação e à segurança do tratamento, sendo necessário o conhecimento por parte do acupunturista e a utilização de agulhas estéreis e descartáveis. Como pontos negativos, podem ser destacados o medo que as pessoas têm de agulhas e a necessidade da continuidade do tratamento, que requer um acompanhamento contínuo. (WEN, 1985)

## HISTÓRIA DA ACUPUNTURA NO MUNDO

Os primeiros registros da utilização de técnicas de Acupuntura são agulhas feitas de pedra que foram cunhadas no Oriente desde 3 mil a.C. Isso revela que o conhecimento acerca dos acupontos e dos benefícios de seus estímulos já eram conhecidos do homem quando ainda não havia muito conhecimento sobre a fisiologia e anatomia humana. (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2010) Neste momento da história, a tradição asiática já dominava o cuidado com a Acupuntura e já entendia os fundamentos de cuidado em saúde que são utilizados pela MTC atual.

Há mais de 3 mil anos, eram comuns diversas práticas de Acupuntura utilizadas tanto em humanos como em animais. Há registros de técnicas de Acupuntura veterinária aplicadas em elefantes, feitas no Sri Lanka, que apontam que o desenvolvimento da Acupuntura em humanos foi acompanhado pelo uso das técnicas aplicadas em animais. (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2010)

O processo de desvalorização da Medicina Tradicional que havia na China se iniciou no século XIX, quando norte-americanos e europeus visitaram o país. Os registros dessa época revelam que houve uma discrepância de visões. Enquanto alguns achavam curiosas as ideias e a filosofia por trás dos cuidados em saúde, outros entendiam que se tratava de charlatanismo e misticismo. (CONTATORE; TESSER; BARROS, 2018)

No início do século XX, tentou-se popularizar a ideia de que o sistema tradicional de Medicina que se utilizava era retrógrado e sem comprovação. Nesta mesma época, George Soulié de Morant, sinólogo, formado pela Escola de Línguas Orientais de Paris e cônsul francês em missão à China, traduziu diversos textos antigos da MTC e introduziu os ensinamentos de Acupuntura no Ocidente a partir da França, iniciando um grupo de médicos franceses na senda da Acupuntura. Como possuía um entendimento das duas culturas, ocidental e oriental, pôde realizar um trabalho de aproximação entre a Medicina Chinesa e a Medicina ocidental. (LUTAIF, 2005)

Nesta mesma época, o império chinês sofria de constante enfraquecimento desde o final do século XIX e, a partir de 1912, com o governo nacionalista, a Medicina Chinesa sofreu grande pressão, com sucessivas tentativas de desmonte, o que influenciou seus praticantes a fazerem adaptações de sua lógica de cuidado em direção ao pensamento médico ocidental. (CONTATORE; TESSER; BARROS, 2018)

A partir da Revolução Chinesa, liderada por Mao Tsé Tung em 1949, a Medicina Chinesa passou por um processo radical de sistematização, no qual se oficializou a hibridização entre o saber médico chinês e a Medicina Científica Ocidental. A partir de então, a objetividade moderna tomou conta da Medicina Chinesa,

hoje denominada Medicina Chinesa Moderna, aliada a uma descrição materialista/concreta e racionalista de conceitos/noções autóctones da Medicina Clássica Chinesa sobre o organismo e sua vitalidade. Até mesmo as noções introspectivas de como cada indivíduo pode autonomamente acessar seu potencial de saúde foram descartadas. (CONTATORE; TESSER; BARROS, 2018)

Atualmente, a visão na China é integradora. O governo chinês entende que uma Medicina não exclui a outra e que ambos os saberes e métodos podem ser utilizados para a construção de uma melhor qualidade de vida para os pacientes. (PALMEIRA, 1990)

## INSERÇÃO DA ACUPUNTURA NO OCIDENTE

Com a expansão das habilidades da Medicina ocidental e as condutas que visam mensurar e qualificar os efeitos fisiológicos e biológicos de estímulos ao corpo humano, a Acupuntura pôde ser testada através de critérios técnicos objetivos que permitiram identificar os efeitos gerados pela sua aplicação na saúde dos pacientes.

A partir de Soulié de Morant, diversos médicos europeus tiveram acesso aos ensinamentos da MTC e fundaram, em 1943, a Societé Internationale d'Acupuncture influenciando profissionais por todo o Ocidente. (CORDEIRO; CORDEIRO, 2001)

Em 1979, especialistas, durante o Seminário Interregional da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicaram uma lista de patologias que podiam ter como método terapêutico a Acupuntura. (BANNERMAN, 1979 apud SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2010) Apesar de a Acupuntura não propor a substituição dos métodos que são utilizados pela Medicina ocidental, o tratamento complementar com a Acupuntura pode amenizar a dosagem das drogas, o que traz, a longo prazo, um dano mitigado para o indivíduo.

No entanto, apesar de haver uma aceitação mais ampla de técnicas de Acupuntura no Ocidente ao longo do século XX, diversas barreiras, como a linguagem, dificultaram a inserção da Acupuntura no Ocidente. O sistema de escrita e codificação oriental é de difícil compressão de estudiosos do Ocidente. Essa distinção dificultou, durante muito tempo, uma qualificação eficiente de profissionais do Ocidente que não dominassem o idioma original de escrita e criou barreira na divulgação do conhecimento e de informações vitais para a formação do acupunturista. Para sanar essa dificuldade, a OMS propôs a utilização de um sistema de nomenclatura alfanumérica, desenvolvido por Soulié de Morant, em 1990. (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2010)

É importante salientar que houve um processo de ocidentalização nas ferramentas que são utilizadas na execução da técnica. Apesar de haver a tentativa de

conservar o método integral, o próprio processo histórico e a colonização de culturas deixaram suas marcas. Dessa forma, assim como a MTC praticada hoje na Ásia é distinta da que era praticada há 5 mil anos atrás, a praticada no Ocidente tem suas variantes quando comparada ao Oriente.

Observa-se uma tentativa de racionalização dos procedimentos a partir de uma lógica eficiente na Medicina ocidental. No entanto, a racionalização ocidental difere muito da racionalidade oriental e isso se intensifica quando tentamos fazer este comparativo entre dois períodos históricos que possuem uma diferença de 5 mil anos.

A Acupuntura vem se desenvolvendo muito quanto ao uso de novas tecnologias como infravermelho, ultrassom, eletroacupuntura e *laser* e quanto a novas descobertas sobre seus benefícios, como sua eficiência no sistema imunológico e alérgico, ou seus mecanismos e atividade neurológica e neuroendócrina. Apesar disso, o conhecimento mais antigo e tradicional da Acupuntura ainda não foi superado, de modo que é essencial estudar profundamente seus conhecimentos milenares para o aprimoramento do seu processo curativo. (WEN, 1985)

## **HISTÓRIA DA ACUPUNTURA NO BRASIL**

A prática da MTC no Brasil começou a partir da chegada dos primeiros imigrantes chineses no Rio de Janeiro para cultivar chá no ano de 1810. Eles carregavam os conhecimentos da MTC aprendidos no Oriente, mas durante essa época não houve ampla divulgação no território brasileiro. (ROCHA et al., 2015)

No início do século XX, ocorreu, no Brasil, a imigração de muitos japoneses. Alguns tinham conhecimento da Acupuntura japonesa, que teve sua origem na China, e a utilizavam de modo restrito em suas colônias. Em 1958, o professor Friedrich Johann Spaeth – procedente de Luxemburgo e naturalizado brasileiro, que havia feito o curso de Acupuntura na Alemanha – funda a Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental. Em 1961, juntamente com a participação de Ermelio Pugliesi e Ary Telles Cordeiro, fundam a primeira clínica institucional de Acupuntura, o Instituto Brasileiro de Acupuntura (IBRA) e, posteriormente, a Associação Brasileira de Acupuntura (ABA) em 1972. (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2010)

Em 1961, chegou ao Brasil o imigrante Wu Tou Kwang, médico chinês que se tornou uma referência de ensino da MTC e Acupuntura. Ele defendia que, para a regulamentação da profissão de acupunturista, esta não devia ser exclusiva para médicos de formação, podendo abranger outros profissionais da saúde. Em 1981, ele fundou o Centro de Estudos de Acupuntura e Terapias Alternativas (CEATA). (CONTATORE; TESSER; BARROS, 2018)

Alguns médicos brasileiros iniciaram o interesse na Acupuntura na década de 1960. Com uma crescente divulgação por parte da República Popular da China de sua cultura, estudantes de várias faculdades de Medicina organizaram um curso informativo específico sobre Acupuntura durante o IX Encontro Científico de Estudantes de Medicina do Brasil (ECEM) em 1977 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis. No entanto, houve resistência da classe médica à prática de Acupuntura no Brasil. Deste modo, a Acupuntura sofreu rejeição na Resolução nº 467/72 do Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1972. A Acupuntura sofreu um período de descrença e segregação.

Apesar disso, em 1977, o Ministério do Trabalho, juntamente com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), reconheceu a profissão de acupunturista sob o código nº 0-79.15 na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Na década de 1980, com a abertura da China para acordos culturais e científicos com os países ocidentais, médicos brasileiros estabeleceram vínculos com instituições de ensino e pesquisa de MTC. Assim, em 1981, foi implantado o primeiro ambulatório de Acupuntura em um serviço público de atenção à saúde, no Hospital Municipal Paulino Werneck, no Rio de Janeiro, e, em 1984, foi criada a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA), pela necessidade de existência de uma entidade que representasse os médicos praticantes da Acupuntura. Em 1998, é fundado o Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA). (ROCHA, [200-?])

Concomitante ao crescimento da Acupuntura no Brasil, em 1978, a OMS declarava, na conferência de Alma-Ata, a incapacidade médica tecnológica e especializada para resolver todos os problemas de saúde da humanidade. Esse método de Medicina tecnicista e voltado para a doença estava cada vez mais caro e menos eficiente. Dessa forma, a OMS realizou um pedido aos governos para o desenvolvimento de outras formas de atenção em saúde, como os modelos ligados às medicinas tradicionais. (LUZ, M., 1997)

Enquanto na década de 1970 a Acupuntura sofria segregação, com diversas pessoas, principalmente a classe médica, associando sua prática com charlatanismo, na década de 1980, a Acupuntura expandiu e começou a institucionalizar seu ensino e alguns médicos já começaram a defender seus benefícios e sua prática multiprofissional. (VALADÃO, 1997) Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980, a Acupuntura teve o seu maior crescimento a partir dos resultados positivos com o uso dessa prática dentro do sistema de saúde público, principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro. (SILVA, 1999)

Quando a Erundina foi prefeita, ela se mostrou extremamente preocupada com a saúde, ela instituiu, na Secretaria de Saúde do Município, atendi-



mentos de acupuntura. Nesta época, em muitos postos, foram abertos serviços de acupuntura, e o Delvo Ferraz foi o coordenador geral dos postos de acupuntura. (LEITE, 2016, p. 242)

A partir dos anos 1990, os debates acerca da Acupuntura e MTC tratavam da sua regulamentação. O processo democrático e descentralizado do SUS, que envolvia diversos gestores estaduais, municipais e a participação popular, influenciou para ações e políticas de saúde que enfraqueceram o poder do CFM para a tomada de decisões acerca da exclusividade da prática de Acupuntura. Essa descentralização oferecia maior poder de decisão para níveis municipais, que sofriam menos influência de outros níveis de governo. Isso possibilitou soluções locais para a regulamentação.

A visibilidade da MTC aumentou a partir de declarações da OMS incentivando os países a adotarem as medicinas tradicionais através do documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional (MT) 2002-2005”, o que veio a confirmar seus aspectos positivos para a saúde. (BRASIL, 2006)

No Brasil, a Acupuntura é defendida pelo CFM como uma especialidade exclusiva de médicos desde 1995 através da Resolução nº 1.455/95, e a primeira prova para título de especialista foi realizada em 1999. Outros conselhos de diversas áreas da saúde também reconheceram a Acupuntura como área de atuação. Assim, a Acupuntura praticada no Brasil é realizada por profissionais com formação em MTC no exterior, praticantes com formação em cursos livres no Brasil, técnicos e especialistas em Acupuntura. Essa abundância de cursos causa conflitos éticos e de regulamentação relacionado ao direito do exercício dessa profissão no Brasil. (KUREBAYASHI; OGUISSO; FREITAS, 2009)

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) (BRASIL, 2006), que considerava a Acupuntura uma especialidade da Medicina Chinesa a ser oferecida no SUS. Essa especialidade não foi restrita a nenhuma categoria profissional. Esta condição favoreceu a difusão da Acupuntura e iniciou um processo de registro de informação sobre essa prática, tanto pelo registro de serviços a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como o registro da oferta em unidades da rede SUS propriamente.

O CMBA atualmente utiliza a nomenclatura Acupunturiatria para indicar a Acupuntura como especialidade médica. Segundo essa entidade – que tem como missão liderar, organizar, coordenar e disseminar o conhecimento da acupunturiatria para defesa da vida humana com os mais eficientes e seguros tratamentos médicos –, essa especialidade é a que mais cresce no Brasil, fazendo parte de programas de residência médica e de cursos de pós-graduação. Mais de 10 mil médicos são praticantes, incluindo os que a adotam como especialidade única ou

principal, e aqueles de várias outras especialidades que resolveram agregar à sua prática. (COLÉGIO MÉDICO BRASILEIRO DE ACUPUNTURA, c2021)

Em dados do CNES, são observados 1.527 médicos acupunturistas registrados no Brasil em agosto de 2021. Em relação a outras categoriais profissionais que contemplam a Acupuntura como especialidade, havia 343 fisioterapeutas e 57 psicólogos. A produção ambulatorial registrada indica que foram realizadas no Brasil, em julho de 2021, 32.609 sessões de Acupuntura com aplicação de agulhas, 8.580 sessões de ventosoterapia ou moxabustão e 23.371 sessões de auriculoterapia. Consideramos que essas informações estão subestimadas e inadequadas diante da quantidade de profissionais exercendo a prática de Acupuntura que observamos.

## REGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA NO BRASIL

A regulamentação da Acupuntura no Brasil se iniciou em 1984 a partir da criação do Projeto de Lei Federal nº 3.838 da Câmara dos Deputados, que permitia o exercício da Acupuntura por todos os profissionais de saúde que tivessem bom conhecimento de suas práticas, de modo que a especialização atendesse as exigências dos conselhos federais. A partir de então, os conselhos federais estavam aptos para criar sua regulamentação própria e estabelecer medidas para os profissionais utilizarem das práticas e técnicas de Acupuntura.

Em 1985, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) foi o pioneiro a reconhecer a Acupuntura como especialização da Fisioterapia. Em 1986, o Conselho Federal de Biomedicina reconheceu a Acupuntura como especialidade do biomédico. O CFM e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconheceram a Acupuntura como especialidade cerca de dez anos depois, em 1995. Em 2000, o reconhecimento da Acupuntura se deu pelo Conselho Federal de Farmácia, em 2001, pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia e, em 2002, pelo Conselho Federal de Psicologia. (PEREIRA, 2010)

Outro ponto relacionado à regulamentação da Acupuntura se refere à prática dessa técnica por pessoas sem formação na área da saúde, ou mesmo sem alguma formação. Muitos desses indivíduos são imigrantes orientais ou descendentes destes que aprenderam a MTC e Acupuntura no Oriente ou com seus parentes e foram pioneiros na prática no Brasil, ensinando seus conhecimentos. Carregam conhecimento importante sobre essa Medicina. Portanto, é importante aprofundar o debate sobre a regulamentação e formação para que a prática seja realizada por profissional habilitado com segurança.

Na década de 1990, houve uma grande expansão da prática de Acupuntura dentro do sistema público de saúde brasileiro e entre os profissionais de saúde de diferentes áreas. Entretanto, esse processo de expansão começou a ser dificultado

tado por conta do conflito entre os profissionais não médicos e os médicos, que buscavam que a Acupuntura fosse restrita para sua classe. Durante esse período, a Medicina, por possuir um poder social hegemônico, criou diversas dificuldades para a regulamentação da prática da Acupuntura no Brasil, utilizando de seu poder como forma de censura. (ROCHA et al., 2015)

Em 1999, a Acupuntura teve outro marco de sua regulamentação a partir da Portaria nº 1230/GM do Ministério da Saúde, na qual a Acupuntura foi introduzida na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Em 2006, através da Portaria nº 971, o Ministério da Saúde aprovou a PNPIC no SUS, a qual reforçou a prática da acupuntura dentro do SUS destacando sua característica de promoção de saúde e prevenção de agravos de modo natural, com ênfase na escuta acolhedora e no desenvolvimento de vínculo terapêutico com os pacientes e integração com o meio ambiente. (BRASIL, 2006)

A partir dos anos 2000, a Acupuntura foi crescendo e sendo cada vez mais reconhecida como uma prática eficiente para tratar problemas de saúde. Entretanto, a discussão para o uso exclusivo da classe médica e das demais profissões da área de saúde continuou aumentando no âmbito legal. Diversas ações jurídicas foram realizadas nesse período das partes médicas e não médicas com objetivo de regulamentar o exercício da Acupuntura. (ROCHA et al., 2015)

## **HISTÓRIA DA ACUPUNTURA NA BAHIA**

O texto apresentado até aqui foi elaborado com a expectativa de favorecer a compreensão da história da Acupuntura na Bahia, que é o motivo deste capítulo. Para isso, foram realizadas algumas entrevistas com os próprios profissionais ou com familiares e pesquisa na internet de pessoas citadas pelos entrevistados. Quando não foi possível conciliar os horários dos entrevistados e entrevistadores, as perguntas foram enviadas e respondidas por escrito ou por mensagem de áudio. Algumas pessoas importantes chegaram a ser contatadas e não puderam conceder a entrevista. O tempo, objeto da história, também desafiou esse trabalho.

A introdução da Acupuntura na Bahia, mais especificamente em Salvador, começou no início da década de 1970 com a chegada de médicos e profissionais, em sua maioria chineses, a exemplo de Stephen Ten Weng Tio. Para saber mais da sua história, conversamos com seu filho, Marcos Tio, que solicitamente concedeu a entrevista no dia 26 de junho de 2021, pela plataforma Google Meet, aos autores deste capítulo.

Doutor Tio, médico cardiologista chinês com formação médica na China e Estados Unidos, teve o seu diploma revalidado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Escolheu morar em Salvador a partir de uma opinião

de seu irmão que, ao conhecer a cidade, observou a semelhança geográfica entre Salvador e a sua cidade natal na China, especialmente a presença do mar, a atividade pesqueira e as condições climáticas.

Até meados da década de 1980, dr. Tio trabalhou como cardiologista. Por motivos pessoais, retornou à China para estudar a arte da Acupuntura e a Medicina Chinesa. Em 1983, retornou ao Brasil com um olhar mais diferenciado e experiente acerca das práticas médicas integrativas. No seu retorno à Bahia, Stephen Tio se aproximou de outros profissionais da área, principalmente dr. Lim. Começaram a se reunir aos finais de semana para discutirem e aprimorarem as técnicas da MTC.

Na década de 1980, o acesso à informação e a materiais como agulhas era muito limitado. Os materiais e livros precisavam ser importados, o que elevava significativamente o custo das práticas de Acupuntura. Aliado a isso, havia a necessidade de esterilizar as agulhas a fim de evitar a transmissão de doenças, como HIV, hepatite B e hepatite C. Stephen Tio começou a montar um consultório onde atendia pacientes com demandas de Cardiologia e da Acupuntura. Comprou uma autoclave e um forno com luz ultravioleta para solucionar a necessidade de esterilização das agulhas.

Marcos Tio, que seguiu os passos do pai e se tornou acupunturista, conta que os pioneiros da inserção da Acupuntura na Bahia enfrentaram resistência à prática da Medicina Chinesa. O contexto social de desinformação da população e o preconceito foram uma barreira importante imposta às novas práticas. Doutor Tio enviou cartas a convênios de saúde para que a Acupuntura fizesse parte da cobertura dos planos de saúde, os convênios responderam concordando com a oferta de Acupuntura, mas oferecendo um baixo valor por consulta.

A dedicação de Stephen Tio à Acupuntura não estava ligada ao lucro, mas sim à prática da MTC, à sua aprimoração e eficiência. Podemos afirmar que a paixão do dr. Tio e dr. Lim pela Acupuntura, os seus esforços e a dedicação foram a base para a instalação da Acupuntura em solo baiano.



**Figura 3** – Dr. Stephen Ten Weng Tio presidindo a formatura da primeira turma de Acupuntura na Bahia  
Fonte: arquivo pessoal de Marcos Tio.



**Figura 4** – Carteira profissional do dr. Tio de médico acupunturista na China  
Fonte: arquivo pessoal de Marcos Tio.

Em meados da década de 1980, profissionais de diversas áreas da saúde começaram a se interessar pela emergente área de Acupuntura, dentre eles médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, professores de educação física e dentistas. Esses profissionais compuseram a primeira turma de Acupuntura da Bahia. Estudavam por material que era importado de outros países, muitas vezes em outras línguas. Para ser aprovado nesse curso, era necessário saber a localização dos pontos de Acupuntura e denominar cada ponto com a tradução do nome em chinês. Usualmente, para a prática de Acupuntura no Ocidente, é utilizada a nomenclatura de pontos da OMS.

Em 1986, ocorreu a formatura das duas primeiras turmas de Acupuntura da Bahia. Estavam presentes dr. Tio, sua esposa, Wendy Tio, dr. Argolo, dr. Lim, além de alguns representantes chineses. Essa formatura foi um marco impor-

tante para a disseminação da Acupuntura na Bahia e nos estados do Nordeste, como Sergipe.



**Figura 5** – Fotografia da formatura da primeira turma do curso de Acupuntura ministrado em Salvador (BA) sob a coordenação de dr. Tio e dr. Lim  
Fonte: arquivo pessoal de Marcos Tio.

Com um ensino passado de pai para filho, Marcos Tio se formou em Biomedicina pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) e em Acupuntura pelo Instituto Mecca (Salvador, Ba). Marcos Tio conta que escolheu esse curso devido à presença da disciplina Acupuntura na grade curricular do curso e vem desenvolvendo a sua prática em Salvador. Coordenou por vários anos essa disciplina e o ambulatório de Acupuntura da FTC.

Ma To Chi foi outro pioneiro da prática de Acupuntura na Bahia e da difusão da cultura da MTC. Conversamos com um de seus seis filhos, Tales Ma, pela plataforma Google Meet no dia 10 de julho de 2021. Nascido em Lhasa, no Tibete, região autônoma da China que fica ao norte do Himalaia, Ma To Chi chegou no Brasil com seus pais em 1962 em São Paulo, fugindo da guerra. Deixaram tudo para sobreviver. Em 1973, foi à Bahia visitar um amigo, conheceu a sua primeira esposa, mãe de Tales Ma, e decidiu ficar.

Ma To Chi foi fundador e coordenador do Centro Cultural Brasil-China, localizado em Brotas, Salvador. No início dos anos 2000, decidiu expandir o centro, e Tales Ma, que segue a profissão do pai, quis participar. Criou, então, o Man Zu Dao – cujo significado, segundo Thales, é “caminho para a satisfação plena” – que atualmente funciona no bairro do Rio Vermelho em Salvador.

Nos anos 1980, Ma To Chi fez parte de um grupo de estudo em Acupuntura em Salvador, coordenado por prof. Decânio, sobre o qual falaremos a seguir. Com sua habilidade para leitura do mandarim, Ma To Chi traduzia para o grupo o material sobre Acupuntura vindo da China. A partir da leitura de textos clássicos, entendeu que havia benefício de associar à sessão da Acupuntura a aplicação da massagem de *Tui Ná*, que consiste em pressionar os pontos dos meridianos de Acupuntura, o que se tornou sua prática. Utilizava com frequência também em seus atendimentos a pasta de gengibre, indicado pelos clássicos como anti-inflamatório.

Tales conta que, quando era criança e teve catapora, seu pai usou uma técnica que é feita na China – usou uma agulha quente para queimar o primeiro sinal, chamado de “catapora-mãe”. Teve melhora, não tendo evolução da doença.

Ma To Chi ministrou cursos de Acupuntura e massoterapia para uma grande quantidade de alunos. Ensinava que não precisa a pessoa sentir dor para ter o efeito da Acupuntura. Para ele, a agulha era a extensão da mão do acupunturista.

Para Tales, a disputa da categoria médica na defesa da Acupuntura como ato exclusivamente médico nunca interferiu no trabalho de seu pai ou no seu. Há 15 anos, pratica Acupuntura seguindo a tradição do pai, associando a prática de inserção de agulhas com a massagem com as mãos. Dialoga com os pacientes sobre a filosofia chinesa, a partir de Lao Tse, Buda e Confúcio, e orienta a exercitarem o desapego, entendendo que não temos controle do mundo, à busca do caminho do meio e do equilíbrio, e ao exercício da disciplina para promoção da saúde física e mental. A escolha pelo equilíbrio nas decisões com disciplina nas ações torna a vida mais fácil, mais serena. Para ele, cada profissional de Acupuntura tem uma forma de trabalho; o que falta na cultura da Alopátia é a poesia, o entendimento da cosmovisão que filosoficamente embasa a MTC, do ser humano como microcosmo dentro do universo.

Após a entrevista cedida por Tales Ma, os autores deste capítulo buscaram na internet informações sobre professor Decânio e sua relação com a Acupuntura. Foi identificado, assim, o dr. Ângelo Augusto Decânio Filho em página do *site* do Sindicato dos Médicos do estado da Bahia (MORRE..., 2012) e no livro de Hellio Campos sobre capoeira regional (2009).





**Figura 6** – Ma To Chi  
Fonte: arquivo pessoal de Tales Ma.

Doutor Ângelo Augusto Decâncio Filho foi fundador da Regional Bahia-Sergipe da União Nacional dos Profissionais em Acupuntura do Brasil, da qual foi professor. Nascido em Salvador, formou em Medicina pela Faculdade de Medicina da (FMB) Universidade Federal da Bahia da (UFBA) na década de 1930. Especializou-se em Acupuntura pela União Nacional dos Profissionais em Acupuntura do Brasil e participou como professor de Anatomia Aplicada à Acupuntura no primeiro curso de Acupuntura, promovido pela Regional Paulista da União Nacional de Profissionais em Acupuntura do Brasil.

Exerceu inúmeras outras atribuições na área médica, a exemplo de chefe de Clínica Cirúrgica do Hospital Santa Izabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, professor de Anatomia Humana da EBMSP, professor titular de Clínica Cirúrgica da EBMSP, cirurgião do Hospital Santo Antônio das Obras Sociais de Irmã Dulce, graduou-se em Medicina do Trabalho pela EBMSP.

Além da atuação como médico, teve papel importante na constituição da capoeira regional, na qual era conhecido como “Mestre Decâncio”. Foi discípulo de Mestre Bimba, com quem esteve ao lado desde 1938, estudando novos golpes e ajudando a aperfeiçoar o ensino da luta. Considerado a maior autoridade no mun-

do sobre a capoeira regional de Mestre Bimba, foi também seu médico particular. Morreu em Sergipe em 2012 aos 88 anos. (CAMPOS, 2009; MORRE..., 2012)



**Figura 7** – Dr. Ângelo Augusto Decâncio Filho  
Fonte: Mestre Bimba, a capoeira iluminada (2005).<sup>3</sup>

Outros nomes da Acupuntura na Bahia vieram se somar a partir do final da década de 1990 e início dos anos 2000. Doutor Durval Campos Kraychete é um dos importantes nomes da Acupuntura médica baiana. Médico anestesiologista e professor da FMB/UFBA, enviou mensagens de áudio para os autores deste capítulo, respondendo às perguntas enviadas, em 9 de agosto de 2021.

Doutor Durval conheceu e se interessou pela Acupuntura na década de 1990. Em 1998, encontrou-se com o dr. Dirceu de Lavor Sales, então presidente da SMBA, que o incentivou a aprimorar seus conhecimentos na área e coordenar cursos de Acupuntura na Bahia.

Junto com dra. Patrícia Evelyne Alves, médica reumatologista e acupunturista, abriram o serviço de Acupuntura no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) de forma conjunta com o Ambulatório de Dor, que permanece ativo e independente até os dias de hoje, resultando em um grande ganho para a UFBA. O ambulatório promove uma integração entre a Medicina ocidental e a MTC.

<sup>3</sup> Trecho disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1KyACBOPb-A>.

O dr. Durval começou a exercer Acupuntura na Bahia sob supervisão de médicos da SMBA e, na mesma época, abriu cursos e formou boa parte dos médicos acupunturistas da Bahia. Em 1998, foi formada a primeira turma de acupunturistas por dr. Durval. A cada dois anos, novas turmas com número oscilante de profissionais foram se formando. Para ele, os baixos valores pagos por planos de saúde é um dos motivos de desestímulo ao seguimento nesta área por médicos acupunturistas.

Outro ponto ressaltado pelo dr. Durval é o número limitado de publicações brasileiras na área. Apesar de ter idealizado a criação da *Revista Médica Brasileira de Acupuntura*, o baixo número de médicos acupunturistas brasileiros com mestrado e doutorado e a baixa produção científica impediram a realização desse projeto. Porém, acredita que os novos profissionais tendem a ser mais conscientes em relação à necessidade de produção científica nessa área.

Renata Roseghini, uma das autoras deste capítulo, com uma trajetória de mais de 20 anos como acupunturista, colaborou com a nossa pesquisa sendo uma das entrevistadas. Ainda no final da década de 1990, Renata, biomédica formada pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), não satisfeita com a racionalidade biomédica e por influência de alguns colegas e professores da universidade, decidiu iniciar seus estudos em Acupuntura pela ABA em São Paulo, onde nasceu. Encontrou na MTC uma forma de pensar o indivíduo em sua integralidade, de modo que os conceitos de unidade (*dao*), polaridades (Yin-Yang) e cinco elementos aliados ao entendimento do processo saúde doença e o diagnóstico energético da MTC passaram a fazer sentido em sua vida. Nesta mesma época, iniciou as práticas corporais de Tai Chi Chuan e Lian Gong. No ano 2000, mudou-se para a Bahia, onde iniciou o atendimento clínico em consultório particular.

Renata continuou seus estudos em São Paulo com aperfeiçoamento clínico na Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura (SOBRAPA) com dr. Delvo Ferraz e, em 2003, ingressou no mestrado em Imunologia pela UFBA, onde desenvolveu pesquisa com plantas medicinais e células tumorais. Neste mesmo ano, ingressou novamente no curso de especialização em Acupuntura da ABA/Instituto Brasileiro de Acupuntura e Homeopatia (IBRAHO) em Salvador, coordenado pelo dr. Orley Dulcetti Jr, no qual passou a lecionar a partir de 2006. As turmas eram formadas por profissionais de diversas áreas da saúde, incluindo médicos, biomédicos, enfermeiros, educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, dentre outros. O curso seguiu formando aproximadamente de 15 a 20 alunos por ano, ao longo de 14 anos. Neste mesmo ano, passou a lecionar a disciplina de Bases de Terapias Complementares no curso de Biomedicina da EBMSP.

Envolvida em atividades interdisciplinares de extensão e educação em saúde na Unidade de Saúde da Família do Candéal em Salvador, Renata passou a realizar Acupuntura auricular e sistêmica voluntariamente nesta unidade, com participação de estudantes da EBMSF em estágio observacional e pesquisa.

Em 2007, iniciou estudos de ciências chinesas pelo IBRAHO e complementou seus estudos de Medicina Chinesa, Tui Na e reflexologia podal na China. A partir de 2012, passou a realizar atividades diversas de práticas integrativas na comunidade Amazonas-Cabula/Salvador e na Unidade Básica de Saúde do Saboeiro. No ano seguinte, participou do I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), o que considera um divisor de águas em sua vida. Encontrar profissionais comprometidos com a ampliação do acesso às PICS no SUS e com a ampliação do conceito de cuidado integrativo na saúde foi transformador. Desde então, vem participando ativamente em espaços de extensão, formação, pesquisa e assistência através da coordenação do Centro de PICS (CEPICS-BAHIANA), da participação na elaboração da Política Estadual de PICS da Bahia (PEPICS-BA) e participação nas redes de atores em PICS de Lauro de Freitas, Bahia (RedePICS-BA) e RedePICS Brasil, bem como da Associação Biomédica de Acupuntura (ABIOMAC).

Outra importante referência para a disseminação da MTC na Bahia foi Gutemberg Cruz do Livramento. Nascido em Itaité (BA) em 1968, faleceu repentinamente em 2019. Sua esposa, Fernanda Cristo do Livramento, foi entrevistada pelos autores deste capítulo no dia 1º de setembro de 2021 pela plataforma Google Meet.

Fernanda conta que o interesse de Gutemberg pela cultura chinesa se iniciou na adolescência, ficava fascinado pelos filmes de lutas com artes marciais. Tornou-se praticante do Kung Fu. Aos 15 anos, foi a um campeonato em São Paulo, quando sua habilidade como atleta e seu potencial como terapeuta foram observadas por um mestre. A partir de então, na década de 1980, fez várias viagens à China para estudar as artes marciais, a cultura chinesa, sua Medicina e práticas terapêuticas.

Na China, a sua formação em MTC incluiu seus principais métodos terapêuticos – fitoterapia, dietoterapia, Tui Na, Acupuntura, moxabustão, e Qi Gong. O Qi Gong consiste em práticas milenares usadas para estimular, nutrir e canalizar o fluxo de energia na rede de meridianos do organismo humano, revitalizando o corpo e a mente. Na China, a prática corporal é considerada um pilar no cuidado em saúde e são comuns práticas como Tai Chi Chuan e Qi Gong ocorrerem nas praças.

Gutemberg estudou com mestres como Hu Shao Xiu, Zhang Xiu Lin, Chen Xiao Wang, Miguel Martin (Espanha). Como atleta de artes marciais, fazia parte

da seleção brasileira e ganhou diversos prêmios em eventos internacionais. A sua primeira graduação foi em engenharia civil, mas logo identificou que não seria sua área de atuação como profissional. Para ele, os estudos em física lhe propiciaram conhecimento para compreender a MTC e sua integração com a Medicina ocidental.

Após sua formação na China, trouxe para Salvador todo o seu conhecimento na arte da MTC, o que para ele era sua missão. Para que sua prática tivesse credibilidade, optou por fazer a graduação em Fisioterapia e especialização em Acupuntura pela Colégio Brasileiro de Acupuntura e Terapias Tradicionais (ABACO). Logo após terminar o curso, foi professor da escola, onde conheceu sua esposa, Fernanda. Ela relembra que, na aula, Gutembergue realizava prática de Qi Gong e estimulava aos alunos observar o movimento de energia no corpo para identificar o poder que essa energia mobilizada tem na produção de saúde do próprio corpo e do cuidado com o outro.

Durante a sua graduação em fisioterapia em Salvador, Gutembergue passou a dar cursos de Qi Gong, Kung Fu e Tai Chi Chuan. Em 2006, iniciou o atendimento de Acupuntura em consultório. Em 2014, fundou o Instituto Brasileiro de Pesquisa, Medicina Chinesa e Qi Gong (IBRAPEQ), onde eram ofertadas aulas de artes marciais chinesas, atendimentos em Acupuntura e cursos de formação em MTC. A sua família colaborava com as atividades no instituto. A sua mãe era professora de Qi Gong e Tai Chi Chuan; seu irmão, Evandro, instrutor de Kung Fu; sua esposa, Fernanda, e filha, Diana, prestavam atendimento em Acupuntura.

Gutembergue fez mestrado em Acupuntura e moxabustão pela Universidade da Espanha e mestrado em Medicina e Saúde Humana pela EBMSP sobre os efeitos do Qi Gong na pressão arterial e qualidade de vida em pacientes com hipertensão arterial de um projeto comunitário. Como professor, promoveu o ensino da Medicina Chinesa na Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e Centro Universitário FIB. Realizou muitas palestras e cursos sobre Medicina Chinesa e saúde e foi presidente da Associação de Artes Marciais e Terapêuticas Chinesas do Brasil.

Gutembergue praticava Acupuntura e ensinava em diversos cursos. Segundo Fernanda, o que movia Gutembergue, que sentia que era sua missão, era praticar e difundir práticas corporais, como o Qi Gong, Kung Fu e Tai Chi Chuan, como mobilizadoras de energia vital e seu potencial para a promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação.



**Figuras 8 e 9** – Gutemberg Livramento  
Fonte: arquivo pessoal de Fernanda Cristo do Livramento.

Nos últimos anos, muitos médicos e profissionais de saúde vêm contribuindo para a difusão e valorização da Acupuntura no cenário baiano. O dr. Luiz Queiroz – médico gastroenterologista, doutor em Medicina e Saúde Humana pela EBMSP – é especialista em Acupuntura pela ABA/IBRAHO desde 2005 e docente deste curso por 12 anos, no qual chegou a formar cerca de 150 pessoas. Colaborou com nossa pesquisa enviando para os autores deste capítulo mensagens de áudio.

Doutor Luiz considera que a formação em uma escola para não médicos fez toda a diferença para a sua visão ampliada da MTC e para a abertura da visão para outros horizontes. Utiliza a Acupuntura Tradicional de forma complementar em sua prática clínica de Medicina Integral. Ele avalia o campo de atuação para futuros médicos como muito bom, com boa aceitação dos pacientes e sem resistência por parte da comunidade médica. No entanto, possui ressalvas sobre cursos das escolas de Acupuntura médica que tiram a visão integral da Acupuntura Tradicional, o que acaba sendo, de certa forma, uma mutilação na visão integral da MTC.

Uma profissional que tem contribuído com a expansão da Medicina Chinesa fora de Salvador e em instituições do SUS e que recebem pacientes atendidos por convênio é a dra. Cristina Peres, médica concursada do município de Lauro de Freitas (BA), professora da pós-graduação em Acupuntura Médica da Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA). Doutora Cristina enviou por escrito suas respostas às perguntas dos autores deste capítulo no dia 25 de agosto de 2021.

Sua vida na MTC se iniciou após uma lesão no quadril esquerdo que evoluiu com muita dor local e dificuldade de deambulação. Após diversos tratamentos

medicamentosos e fisioterápicos sem resposta ao quadro álgico, submeteu-se ao tratamento com Acupuntura, o que lhe proporcionou a recuperação total da mobilidade, alívio das dores e melhora na qualidade de vida. Com a cura, decidiu que iria integrar esse conhecimento à sua prática clínica.

Foi então que fez formação na pós-graduação de Acupuntura Médica da Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA) Regional Bahia, creditada pelo CMBA. Além disso, realizou outros cursos para ampliar seu arsenal terapêutico, como o curso de craniopuntura de dr. Yamamoto e de Qi Mental.

Na sua opinião, devido ao processo de mercantilização do cuidado ao longo do tempo, a relação médico-paciente foi se deteriorando. Enfoca-se na doença e não no doente, e o indivíduo e suas aflições ficam secundarizados, ocorrendo cada vez mais a perda do papel milenar terapêutico da Medicina como arte de curar. A MTC vem agregar um outro olhar na forma de tratar, fazendo um resgate do tratamento com acolhimento, escuta qualificada, sem necessidade, na maioria das vezes, de intervenção medicamentosa para a melhora clínica do paciente.

A partir do momento em que passou a lecionar e com o objetivo de facilitar o entendimento e aquisição do conhecimento sobre MTC e sua integração com a Medicina ocidental, criou material didático que explana sobre a filosofia da MTC, hábitos de vida, respiração, atividade física, relação do sono e vigília, alimentação, de acordo com a teoria dos cinco elementos e o relógio biológico.

Ela também relata que não sofre resistência dos médicos de outras especialidades em relação à Acupuntura e que faz parte do CMBA a função de divulgar a Acupuntura no meio médico. É muito importante a divulgação de informação clara, objetiva e de fácil acesso para toda a população para que mais pessoas tenham acesso à Acupuntura e se beneficiem com esta técnica minimamente invasiva e com resultados surpreendentes em poucas sessões.

A especialização em Acupuntura da AMBA – Regional Bahia está em sua décima quarta turma e é realizada em dois anos. A média de alunos matriculados é de 15 a 20 alunos por ano, porém somente chegam a se formar por volta de 5 alunos por ano.

Em 2017, dra. Cristina iniciou o atendimento da prática de Acupuntura na Unidade de Saúde de Vida Nova em Lauro de Freitas (BA), cuja demanda vem crescendo anualmente. Em 2019, iniciou também o ambulatório em parceria público-privada para pacientes do SUS.

Neste mesmo ano, a dra. Cristina passou a ministrar o curso de auriculoterapia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com o Ministério da Saúde para habilitar profissionais de saúde da atenção básica a exercerem este tratamento nas unidades nas quais estão lotados e, então, ampliar a oferta desse tratamento minimamente invasivo para usuários do SUS. Esse curso foi ministrado em dezenas de cidades do país, possibilitando o acesso dos usuários do SUS

à Acupuntura e à conseqüente melhora dos parâmetros como glicemia, pressão arterial e peso; suporte na abstinência tabagística; redução do uso de medicamentos; alívio de dores crônicas e distúrbios emocionais como ansiedade e depressão.

A dra. Cristina vê a Acupuntura como campo muito amplo de atuação, pois podem ser tratadas tanto de questões físicas – como dor lombar, dor cervical e enxaqueca – como também as questões emocionais como ansiedade e depressão. Fazendo a integração com a filosofia da MTC, é possível orientar os pacientes para mudanças de hábitos de vida que irão agregar na melhora da qualidade de vida, pois a Acupuntura apresenta o conceito ampliado de saúde e trata o paciente como um todo em seu meio. Desta maneira, seguindo os pilares do SUS, a Acupuntura vem para agregar no bem-estar físico, psíquico e social do paciente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Seguindo a tendência do Brasil, a Acupuntura avançou como especialidade médica na Bahia. Atualmente, há 117 médicos inscritos no Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB) com a especialidade, de acordo com dados fornecidos pela instituição em agosto de 2021. A partir de dados do CNES, havia 48 médicos acupunturistas registrados em agosto de 2021. Em relação a outras categorias profissionais que contemplam a Acupuntura como especialidade, havia sete fisioterapeutas. A produção ambulatorial registrada indica que foram realizadas, em junho de 2021, 111 sessões de acupuntura com aplicação de agulhas, 319 sessões de ventosoterapia ou moxabustão na Bahia, 106 sessões de auriculoterapia.

Este resgate histórico contempla o relato de profissionais que trazem trajetórias distintas, mas que conseguem retratar minimamente o processo histórico de consolidação da Medicina Chinesa na região metropolitana de Salvador (BA). Alguns nomes importantes podem ter escapado desta construção, por motivos de dificuldade de acesso e limitação de tempo e de espaço no corpo do texto.

Fica bastante claro, no escopo introdutório e nas falas dos diversos entrevistados, que a Acupuntura é apenas um dos importantes recursos da MTC, mas que necessita ser complementada pelos demais recursos das práticas corporais, dietética, fitoterapia, auriculoterapia, dentre outras.

Outro ponto importante é o aspecto multiprofissional que a Acupuntura possui, o que a torna reconhecida por diversos conselhos profissionais de saúde, e que também é alvo de disputas pela classe médica. A escrita deste trabalho deu-se também nesta configuração multiprofissional, o que tornou possível trazer esta discussão à tona.

Por fim, e não menos importante, faz-se necessário cuidar do aspecto da formação dos futuros profissionais acupunturistas. Todos os entrevistados citados



atuam ou atuaram, de alguma forma, no campo da formação e têm como premissa básica a qualidade da formação para que seja assegurada a qualidade da execução da MTC em toda a sua complexidade e potencialidade.

Agradecemos aos entrevistados, que gentilmente contribuíram com suas lembranças para a construção coletiva deste capítulo. As palavras que se seguem constituem a dedicatória de Gutembergue na sua dissertação de mestrado defendida na EBMSP em 2011. Consideramos esse texto muito sábio. Assim, finalizamos essa tentativa de demonstração da riqueza e do esforço coletivo para a constituição da MTC na Bahia e homenageamos singelamente o companheiro e mestre que nos deixou precocemente em fevereiro de 2019.

Dedico este trabalho a todos aqueles que, no passado ou presente, acreditaram e se empenharam para que a Medicina se tornasse uma Ciência e Arte onde a reconstrução do ser humano de forma integral, corpo, mente e espírito, fosse o principal foco de capacitação das forças inerentes a cada indivíduo para evitar o adoecimento ou se reabilitar dignamente deste. Que possamos ser os artistas e o fruto desta arte ao mesmo tempo. Que possamos aprender que a consciência pode modificar a estrutura da matéria e que o paradigma da Medicina futura possa se incluir entre os mecanismos de desenvolvimento da capacidade plena de cada Ser humano, não somente tentando curar doenças, mas mostrando que o indivíduo também é capaz de estabelecer seus parâmetros de saúde e cura entregando a cada um as condições para tal feito que vai além do medicamento ou da cirurgia, mas na percepção das capacidades intrínsecas a cada ser em harmonia com a força da Natureza. O Qigong e a Medicina Chinesa fazem parte deste processo como um conhecimento milenar e uma poderosa ciência atual. Que nosso pensamento sobre Saúde não seja limitado pelo preconceito, pela indústria ou por interesses de grupos, mas que possamos ter escolhas verdadeiras de construirmos um mundo melhor e conseqüentemente uma Saúde melhor. (LIVRAMENTO, 2011, p. 6)

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, H. *Capoeira regional: a escola de Mestre Bimba*. Salvador: Edufba, 2009.

CONTATORE, O. A.; TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, jul./set. 2018.

COLÉGIO MÉDICO BRASILEIRO DE ACUPUNTURA. *Sobre nós*. [S. l.], c2021. Disponível em: <https://cmba.org.br/o-cmba/>. Acesso em: 25 set. 2021.

CORDEIRO, A. T.; CORDEIRO, R. C. *Acupuntura: elementos básicos*. São Paulo: Polobooks, 2001.

KUREBAYASHI, L. F. S.; OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. Acupuntura na enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. *Acta paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 210-212, 2009.

LEITE, E. M. A acupuntura no Brasil: uma concepção de desafios e lutas omitidos ou esquecidos pela história – Entrevista com dr. Evaldo Martins Leite. [Entrevista concedida a] Sabrina Pereira Rocha e Dante Marcello Claramonte Gallian. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 239-247, 2016.

LIVRAMENTO, G. C. *Efeitos do qi gong na pressão arterial e na qualidade de vida em pacientes com hipertensão arterial essencial*. 2011. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde Humana) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2011.

LUTAIF, S. *George Soulié de Morant e sua tradução ocidental do saber médico chinês*. 2005. Dissertação (Mestrado em História da Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

LUZ, D. Medicina Tradicional Chinesa, racionalidade médica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (org.). *Racionalidades e práticas integrativas em saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2012. p. 103-152.

LUZ, M. T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (org.). *Racionalidades e práticas integrativas em saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2012. p. 15-24.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

MACIOCIA, G. *Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fisioterapeutas*. São Paulo, Roca; 2005.

MORRE, aos 88 anos, Dr Ângelo Augusto Decânio, o mestre Decânio. *Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia*, Salvador, 3 fev. 2012. Disponível em: <https://sindimed-ba.org.br/morre-aos-88-anos-dr-angelo-augusto-decanio-o-mestre-decanio>. Acesso em: 22 set. 2021.

PALMEIRA, G. A acupuntura no Ocidente. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 117-128, 1990.

PEREIRA, C. F. A. Acupuntura no SUS: uma análise sobre o Conhecimento e Utilização em Tangará da Serra-MT. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 3, n. 2, p. 213-219, maio/ago. 2010.

PEREIRA, R. D. M.; ALVIM, N. A. T. Aspectos Teórico-filosóficos da Medicina Tradicional Chinesa: acupuntura, suas formas diagnósticas e relações com o cuidado de enfermagem. *Revista de Enfermagem [da] UFPE*, v. 7, n. 1, p. 279-288, jan. 2013.

ROCHA, D. K. Acupuntura médica no Brasil: um breve histórico. *Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura de Santa Catarina*, Santa Catarina, [200-?]. Disponível em: <https://cmba.org.br/acupuntura-medica-no-brasil/>. Acesso em: 22 set. 2021.

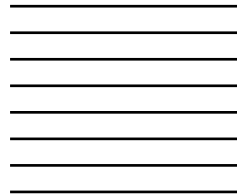
ROCHA, S. P. *et al.* A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 155-164, 2015.

SCOGNAMILLO-SZABÓ, M. V. R.; BECHARA, G. H. Acupuntura: histórico, bases teóricas e sua aplicação em Medicina Veterinária. *Ciência Rural*, Santa Maria, RS, v. 40, n. 2, p. 491-500, 2010.

SILVA, J. B. G. *Avaliação do tratamento por Acupuntura em ambulatório do Hospital Escola – estudo de caso*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

VALADÃO, R. Caminhos da acupuntura no Brasil (1970- 1990). *In: SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA*, 6., 1997, Rio de Janeiro. *Anais [...]*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de história da Ciência, 1997. p. 471-475.

WEN, T. S. *Acupuntura clássica chinesa*. São Paulo: Cultrix, 1985.



## 19

# HISTÓRIA DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

*Ana Beatriz Chaves dos Anjos*

*Cárita Victória Carvalho de Santana*

*Ana Beatriz Cazé Cerón*

*David Gallo Roiter*

*Luiz Filippe Vago Pereira*

*Isabella Reis Vieira*

*Édson O'Dwyer Junior*

## INTRODUÇÃO

No decorrer da história humana, todos os povos desenvolveram formas de lidar com a gestação, parto e saúde feminina. Esses saberes e formas de cuidado evoluíram e se consolidaram como uma especialidade médica: Ginecologia e Obstetrícia. Essa especialidade constitui uma importante área da Medicina, que abarca desde a atenção básica, educação para a saúde e prevenção até o diagnóstico e tratamento, ambulatorial e hospitalar, clínico e cirúrgico.

Por questões operacionais os autores optaram neste texto por enfatizar as informações sobre a história da Ginecologia e Obstetrícia na Bahia no âmbito da

Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) Universidade Federal da Bahia (UFBA). Sabemos que a história da Ginecologia e Obstetrícia na Bahia vai além dos eventos aqui relatados e possui diversos outros fatos e personagens que muito contribuíram para o desenvolvimento da especialidade no estado. Esses outros fatos e personagens serão abordados em trabalho posterior.

Iniciaremos a abordagem reconstituindo os fatos desde antes da chegada dos portugueses, tratando dos povos indígenas, passando posteriormente pelo Período Colonial e pela chegada da família real. Em seguida, abarcaremos os períodos do Segundo Reinado e Brasil República e finalizaremos o capítulo com alguns fatos contemporâneos do contexto da especialidade.

A abordagem realizada no decorrer do capítulo ampara-se nas perspectivas históricas, sociais e culturais dos autores. Nesse sentido, a compreensão dos acontecimentos que perpassam a história da Ginecologia e Obstetrícia baseia-se em uma percepção cujos aspectos objetivo e subjetivo são separados por uma linha tênue. O ser humano está sujeito a pensar, criticar e refletir, assim sendo, não temos o objetivo de analisar de forma imparcial e acrítica os fatos que compõem a história dessa especialidade.

## **BRASIL PRÉ-CABRALINO**

De acordo com Gurgel (2009, p. 61), “todas as sociedades humanas padeceram de enfermidades e geraram hipóteses sobre suas causas e métodos para enfrentá-las [...], assim, criaram sua própria medicina”. Portanto, não foi diferente com os indígenas brasileiros, os quais, a partir da capacidade de percepção, observando a vida e a natureza, procuravam maneiras de explicar a fisiologia e enfrentar os adoecimentos. (GURGEL, 2009)

Estima-se que a população de nativos brasileiros em 1500, ano da chegada dos portugueses, poderia chegar a até seis milhões de pessoas (CUNHA, 1992; DENEVAN, 1976 apud COIMBRA, 2005, p. 15), as quais dividiam-se em diversos grupos étnicos, linguísticos e culturais. Dessa forma, os cuidados com a saúde eram realizados e interpretados de modos diferentes, de acordo com as crenças, experiências, local e momento histórico específicos, estando diretamente relacionadas com aspectos socioculturais de cada grupo. (GURGEL, 2009)

De modo geral, o período gestacional foi muito valorizado socialmente, sendo motivo de orgulho entre as comunidades originárias. Além disso, o trabalho de parto costumava ser rápido, com duração máxima de três horas, e fácil, considerando as condições ideais de desenvolvimento saudável. (ENGELMANN, 1883)

Relata-se que o trabalho de parto era realizado de forma silenciosa e privativa, normalmente à margem de um riacho. Esse processo era conduzido

exclusivamente pela gestante ou assistido por outra mulher da tribo, a qual prestava assistência através da manipulação externa, servindo como apoio para a parturiente ou comprimindo seu abdome. (ENGELMANN, 1883) No entanto, consoante Paciornik (1983, p. 11), “mais de noventa por cento dos partos dar-se-iam espontaneamente, sem necessidade de auxílio”.

De acordo com Ludwig (1870 apud ENGELMANN, 1883, p. 54), as mulheres em condições mais naturais, no geral, estavam ajoelhadas ou agachadas durante a fase expulsiva do parto, “sendo governadas por seus instintos e não pelo pudor”. Embora Engelmann (1883, p. 60, tradução nossa) afirme que, no Brasil, as parturientes preferiam estar “deitadas no chão ou em uma rede”,<sup>1</sup> segundo Paciornik (1983, p. 45), “quando a dilatação está completa, a mulher sente vontade de se agachar, comprimir o abdômen, fazer força como se precisasse evacuar”. Desse modo, as mulheres sadias adotavam automaticamente a posição acocorada, a qual seria lógica para elas. É interessante analisar que essa prática apresenta um embasamento fisiológico, pois ao se agachar aumenta-se o diâmetro do canal vaginal e da bacia óssea, descomprime-se o diafragma, o que aumenta a capacidade respiratória, descomprime-se a veia cava e a artéria aorta abdominal, o que melhora o fluxo útero-placentário e conta-se com a ajuda da força de gravidade. Assim, facilita-se a saída do feto, diminuindo o tempo do período expulsivo e o número de lesões. (PACIORNIK, 1983)

Era frequente que, após o nascimento do bebê, a parturiente permanecesse na mesma posição até que a placenta fosse expelida. Caso a expulsão não ocorresse com facilidade, a pessoa que estivesse auxiliando o parto poderia interferir a partir da compressão do abdome, por exemplo. Após expelida, há relatos de que, a depender da ocasião, a placenta deveria ser comida, queimada ou enterrada. Ademais, entende-se que não havia prostração após o trabalho de parto e, normalmente, a mulher já se levantava e se banhava nas águas do riacho, a fim de se limpar/purificar. (ENGELMANN, 1883)

## PERÍODO COLONIAL

Durante o Período Colonial, a educação pública brasileira era extremamente precária e débil. Após o fechamento do Real Colégio das Artes e com a expulsão dos jesuítas do Brasil, em 1759, essa situação foi agravada, tornando o ensino formal quase inexistente. De acordo com Britto (2011, p. 3), essa foi uma estratégia de Portugal para dificultar o crescimento cultural do país e controlar os “anseios libertários” da população da colônia. Dessa forma, a instrução e a formação de médicos

---

1 “Recumbent on the ground or in a hammock”.

permaneceram centralizadas em Portugal, em especial na Faculdade de Medicina de Coimbra, inviabilizando a autonomia intelectual brasileira. (MARTINS, 2004)

Evidencia-se, desse modo, que entre os séculos XVI e XVIII, o Brasil não possuía instituições de ensino superior. Assim, a Medicina brasileira dependia de físicos (termo referente a médicos clínicos) e cirurgiões, formados em Portugal. Os poucos profissionais que vinham para o país encontravam diversas dificuldades, tendo de se adaptar aos problemas de saúde mais frequentes da Colônia, à convivência com outras práticas e à falta de estrutura. Além disso, tinham um acesso limitado a determinados medicamentos e necessitavam atender um número crescente de pessoas que buscavam cuidados de saúde. (VIOTTI, 2012)

Segundo Moniz (1923), os médicos e os cirurgiões enfrentavam ainda outro desafio: conquistar a confiança dos brasileiros. Para isso, precisavam disputar por área de atuação com sangradores, parteiras e benzedores, que empregavam rituais e práticas indígenas e africanas aceitas socialmente. (MONIZ, 1923)

Nesse cenário diverso e multicultural as práticas direcionadas aos cuidados femininos eram desempenhadas sobretudo pelas parteiras, também conhecidas como comadres ou aparadeiras, as quais realizavam a “arte de partejar”. (BRENES, 1991, p. 135) O parto era considerado um evento íntimo de mulher para mulher, estando enraizado em uma rede de solidariedade feminina. (BARRETO, 2008; PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018)

O conhecimento necessário para partejar era ensinado de geração em geração, a partir da experiência de terceiros ou da vivência da mulher com os próprios filhos. (BARRETO, 2008) As atividades das comadres não se restringiam ao parto em si, uma vez que amparavam o bebê no momento do nascimento, realizavam os primeiros cuidados com a criança e aconselhavam a mãe sobre como proceder. Além disso, dada a moral religiosa e social da época, também atentavam para o cuidado íntimo feminino, orientando sobre questões como doenças, menstruação, tratamento de infertilidade e métodos abortivos. Algumas também faziam exames médicos legais para comprovar a “virgindade de mulheres”. (MARTINS, 2004)

Em relação ao momento do parto, as parteiras tinham autorização para fazer uso, quase que exclusivamente, de seu conhecimento e de suas mãos, sendo vetado o uso de medicamentos ou drogas, intervenções cirúrgicas ou uso de equipamentos cirúrgicos. A lei previa a assistência de um cirurgião em casos de nascimento mais complicado que necessitassem de intervenções medicamentosas ou cirúrgicas. Além disso, as parteiras só poderiam realizar intervenções cirúrgicas, como uma cesariana, se ocorresse óbito materno. (BUENO; TORTATO, 2018)

Constata-se, assim, uma dinâmica de poder entre os ofícios de cura na Colônia. No topo, estavam os físicos que, aos olhos da sociedade, empregavam uma análise biológica e um raciocínio científico na arte de curar. Abaixo, estavam os cirurgiões

que trabalhavam com as mãos, função considerada essencialmente mecânica, por isso, menos intelectual. Por fim, havia as parteiras, barbeiros e sangradores que também desempenhavam um ofício manual. (BARRETO, 2008)

Durante o século XVIII, houve a disponibilização de manuais de parto, a maior aquisição e aplicação de conhecimentos anatômicos e fisiológicos – os quais embasavam as práticas médicas e cirúrgicas – e o uso de técnicas desenvolvidas para esses fins. (BARRETO, 2007)

Vale pontuar que o período colonial se estendeu do século XVI até o início do XIX, então é de se esperar que o cenário não se mantivesse idêntico ao longo dos anos. Dessa forma, ocorreu uma progressão de tarefas desempenhadas pelos homens no momento do parto e uma transformação das funções de parteiras. Inicialmente, a arte de partejar era desempenhada e herdada com base na tradição, mas depois tornou-se alvo de regulamentação pela metrópole. Também houve um avanço na atuação dos cirurgiões no parto, sendo este um papel que se alterou com o tempo, visto que, inicialmente, os conhecimentos destes profissionais eram de base empírica, semelhante ao que se via com as parteiras.

## **CHEGADA DA FAMÍLIA REAL – FUNDAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA**

Em 29 de novembro de 1807, fugindo da invasão do exército de Napoleão Bonaparte, a família real e a corte portuguesa embarcaram na nau *Príncipe Regente* rumo ao Brasil. A partir desse momento, a relação entre metrópole e colônia foi modificada, o que alterou a história nacional de forma permanente. (BRITTO, 2003, 2011)

Em 1808, d. João desembarcou na Bahia com, dentre outros acompanhantes, o conselheiro e cirurgião-mor dos exércitos do reino, José Correia Picanço. Diante da inexistência de instituições de educação, o ilustre médico sugeriu ao príncipe regente a fundação de um curso médico-cirúrgico no Hospital Real Militar, no Largo do Terreiro de Jesus. (BRITTO, 2011) Dessa maneira, em 18 de fevereiro de 1808, foi criada a Escola de Cirurgia da Bahia. O curso durava quatro anos e pretendia o ensino de Cirurgia, de Anatomia e de Arte Obstétrica. Contudo, apesar da determinação do ensino de Obstetrícia, não foi admitido nenhum professor para ensinar essa disciplina. (MONIZ, 1923) Constata-se, assim, que a cadeira de cuidados femininos foi negligenciada durante a fundação da instituição.

No ano de 1815, a Escola de Cirurgia da Bahia passou por sua primeira reforma, realizada pelo dr. Manuel Luiz Alvares de Carvalho. Nesse período, o Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia foi instalado no Hospital da Santa Casa da Misericórdia e o tempo de duração do curso foi ampliado para cinco anos. Além disso, houve um aumento no número de disciplinas ofertadas com a criação das cadeiras de



Obstetrícia, oferecida no quarto ano, e de Medicina Prática e Obstetrícia, oferecida no quinto ano. (BRITTO, 2011; MONIZ, 1923) Todavia, foi apenas em 1818 que o ensino da arte obstétrica se iniciou, sendo o professor Manuel da Silveira Rodrigues nomeado lente da Instrumentação Cirúrgica e Obstetrícia e o professor José Avelino Barbosa, lente de Medicina Prática e Obstetrícia. (BRENES, 1991) É interessante pontuar que, nesse período, os cuidados femininos restringiam-se às práticas obstétricas, não sendo mencionada a Ginecologia como uma especialidade.

Embora houvesse docentes com competência profissional reconhecida, o ensino de Obstetrícia era bastante deficitário, “[...] tendo em vista a falta de instalações adequadas, livros e material didático, o que tornava as aulas uma monocórdica leitura de tratados e compêndios, não tendo os alunos nenhum aprendizado prático [...]”. (MARTINS, 2004, p. 145) Além disso, o Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia não possuía instrumentos comuns à prática da Obstetrícia, como o fórceps de Levret, o que evidenciava o “[...] descompasso entre a prática da medicina da mulher no Brasil e aquela exercida nos centros europeus”. (MARTINS, 2004, p. 145) Desse modo, mesmo que, nessa época, o ensino médico tenha se consolidado no país constata-se uma negligência por parte da Escola de Cirurgia da Bahia com a saúde feminina.

Se por um lado o ensino e prática dos cuidados obstétricos no espaço acadêmico era precário por outro as mulheres baianas não ficaram sem os devidos cuidados, permaneciam fiéis aos “tradicional ritos do parto” e recorriam às parteiras quando necessitavam de cuidados. (BARRETO, 2008, p. 910) Portanto, desde os tempos imemoriais da história da população brasileira até as primeiras décadas do século XIX os cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres baianas e brasileiras esteve fora do âmbito da Medicina convencional. No decorrer do século XIX os discursos médicos sobre o parto e a natureza feminina passaram a desprestigiar as “comadres” e parteiras a partir de um enfoque nos estudos anatômicos, patológicos, fisiológicos e clínicos, em consonância com as tendências europeias. Essas mudanças foram mais significativas em relação ao parto e à disciplina higiênica dos corpos, sendo a hegemonia das parteiras progressivamente questionada pelos “homens da ciência”. (BARRETO, 2008, p. 905)

Nesse contexto, foi difundida e consolidada uma visão biológica acerca do feminino. A mulher passou a ser reduzida às transformações de seu corpo, a exemplo da menstruação e da menopausa, vistas, muitas vezes, como patológicas. (MARTINS, 2004) De forma gradativa, a Medicina articulou-se com diferentes esferas sociais, produzindo uma nova visão sobre a mulher, sua relação com seus filhos e maridos e seu papel de “esposa-mãe-dona-de-casa”. (BRENES, 1991, p. 137) Ao mesmo tempo que o corpo poderia ser um fardo para a existência feminina,

fonte de sofrimento e suscetível aos prazeres sexuais, poderia ser uma dádiva se se reservasse à maternidade, seu destino natural. (MARTINS, 2004)

Os médicos – os textos desse período não mencionam médicas – sobretudo os que realizavam cuidados obstétricos e ginecológicos, passaram a desempenhar o papel de representantes dos conhecimentos científicos e foram “[...] respeitadas e incorporadas aos meios sociais [...] como especialistas em assuntos de saúde e das doenças” e também “[...] como conselheiros da arte de bem viver”. (MARTINS, 2004, p. 15) Ao estudar os corpos femininos, a partir de um saber institucionalizado, esses profissionais se auto nomearam “especialistas da mulher”, afirmando que, para além dos estudos científicos, era necessário estabelecer um conjunto de normas e regulações para que as mulheres não se desvirtuassem de sua natureza. Desse modo, o corpo feminino, “frágil e suscetível a fortes emoções”, deveria ser “domesticado” e “resguardado” para estruturar uma família moral, baseada na boa educação de seus filhos homens, o futuro da nação brasileira. (MARTINS, 2004)

Assim, evidencia-se que, apesar dos avanços concebidos com a chegada da família real ao Brasil e a fundação de uma instituição de ensino superior na Bahia, a aquisição de conhecimentos científicos e biológicos promoveu uma maior restrição à corporalidade e atuação feminina. A consolidação dos discursos médicos silenciou ainda mais suas vozes, retirando o protagonismo histórico exercido por mulheres como as parteiras e exercendo maior controle sobre seus corpos.

## **SEGUNDO REINADO**

O Segundo Reinado (1840-1889), sob o governo de d. Pedro II, foi caracterizado por diversas mudanças na política brasileira. Nesse período, a Medicina sofreu reformulações marcantes e, assim, a área de Obstetrícia e Ginecologia começou a ganhar maior destaque.

Após o ano de 1832, quando a Escola de Cirurgia da Bahia se tornou a Faculdade de Medicina da Bahia, houve o aumento da duração do curso de cinco para seis anos. Além disso, a cadeira de Operações – nomenclatura utilizada para dividir componentes curriculares na época, sendo cada cadeira ocupada por um profissional renomado da área – sofreu subdivisões em “Operações e aparelhos” e “Partos e moléstias de mulheres pejudadas e paridas e de recém-nascidos”. Esta última recebeu o lente dr. Francisco Marcelino Gesteira, o qual já ministrava a cadeira de Operações no ano de 1829. (COSTA, 2007)

Em 1854, a segunda reforma para o curso de Medicina foi realizada. Conhecida como a Reforma Bom Retiro ou Couto Ferraz, foi oficializada no Decreto nº 1.387, de 28 de abril, dirigida pelo ministro do Império, Couto Ferraz. Entre as mudanças estabelecidas, cita-se a anexação dos cursos de Farmácia e Obstetrícia, com dura-

ção de três e dois anos, respectivamente, que até então eram separados do curso médico. (COSTA, 2007) O curso de Obstetrícia era voltado para as mulheres e consistia em curso de Partos e seu posterior exame prático, com duração de dois anos e exigência mínima de saber ler e escrever. Por outro lado, o curso de Farmácia durava três anos e os alunos eram submetidos a exames preparatórios de aritmética e francês. (MONIZ, 1923) Isso possibilitou um alicerce no meio científico possibilitando discussões sobre o cuidado com o corpo feminino, o que, até então, se encontrava praticamente ausente. Apesar do meticuloso planejamento a reforma foi bastante criticada devido ao seu caráter menos liberal, exigindo, por exemplo, a aprovação do estudante em aritmética, geometria e francês. (COSTA, 2007)

A reforma previa a inserção da prática clínica obstétrica nas enfermarias da Santa Casa da Misericórdia da Bahia e também a realização de alguns procedimentos obstétricos como o uso de clorofórmio nos partos, aplicação de tipos de fórceps distintos, realização de operações cirúrgicas, versão e craniotomia. (MARTINS, 2004) No entanto a realidade foi a perpetuação de um estudo meramente teórico, sobretudo na Obstetrícia e na Ginecologia, vista como uma subárea da Obstetrícia. A Reforma Bom Retiro demonstrou uma preocupação maior com a mudança curricular do que com o modo de execução do curso. Como exposto pelo dr. Antonio José Alves (1858), em vez de aperfeiçoar a reforma dos estatutos, o ensino “trouxe-nos promessas que ainda há quatro annos se não realizaram. Prometteu-nos estudos praticos e deu-nos professores theoreticos”. (PEREIRA, 1883, p. 17) Entre os fatores contribuintes para que essa inserção não ocorresse, destaca-se a perpetuação da cultura patriarcalista colonial, que afastava as mulheres do atendimento médico. Além disso, havia uma cultura enraizada de segregação entre o homem e a mulher. Desse modo, o ato de um homem entrar em uma enfermaria para examinar intimidades femininas era socialmente considerado abominável e repulsivo. (BARRETO, 2005) Até a primeira metade do século XIX houve registro de apenas um atendimento a parturiente nas enfermarias da Santa Casa da Misericórdia da Bahia (BARRETO, 2005) e entre os anos de 1852 e 1853, foram relatados três casos (SILVA, 2011), o que revela a baixa procura populacional ou falta de aceitação pelo atendimento ginecológico/obstétrico hospitalar.

Se por um lado foi bastante criticada, por outro a reforma apresentou alguns avanços, a exemplo do curso de partos teórico-prático ministrado pelo dr. Gordilho em 1856. (MONIZ, 1923) Nele, o professor buscava ensinar aos alunos os aspectos mais relevantes que envolviam um parto, tais quais: saber a apresentação e posição fetal, palpação, toque e auscultação, bem como realizar uma boa investigação clínica da parturiente. (SILVA, 2011)

Em 1875, o renomado cirurgião Adriano Alves de Lima Gordilho, posteriormente Barão de Itapuã, foi transferido da cadeira de Anatomia para a cadeira

de Partos. (MONIZ, 1923) Cabe destacar que, nesse momento, o curso de Partos envolvia partes práticas e teóricas. A ocupação da respectiva cadeira através de transferência e não via concurso demonstra parte do desinteresse pela Obstetrícia à época e também o fato de ainda não estar sedimentada como área de atuação específica. (MARTINS, 2004) Em 1879, foi realizada a quarta reforma no ensino médico, a qual ocorreu em etapas e foi finalizada apenas em 1884. Desse modo, por meio do Decreto nº 7.247, em 19 de abril de 1879, a reformulação dos estatutos declarou maior liberdade de frequência nas faculdades; direito a repetição de matéria, inserção da docência livre e direito das mulheres a se inscreverem nos cursos. (COSTA, 2007) Nesse contexto, a reforma de 1879 ou Reforma de Ensino Livre (SILVA, 2011) colocou a Ginecologia em um novo patamar pois apesar de continuarem na mesma cátedra (cátedra de Partos) o estudo foi separado em duas disciplinas: Obstetrícia e Ginecologia, anteriormente vistas como componentes únicos. Apesar disso, a Ginecologia continuou em segundo plano e sua institucionalização foi apenas administrativa. A Obstetrícia continuou a dominar durante a década de 1880 devido ao fato de que as disciplinas focaram muito mais no parto, puerpério, gravidez e doenças de recém-nascidos, menosprezando as doenças ginecológicas e práticas preventivas – praticamente ausentes no período.

Vale destacar que, durante todo o curso, a prática de partos era baseada no uso de manequins. (MARTINS, 2004) Assim, o médico se formava sem ter presenciado um único parto durante sua graduação. Isso era bastante prejudicial à Medicina cotidiana, uma vez que muitos profissionais se formavam repletos de insegurança e incapazes de dar assistência a um parto. Tal fato pode ser comprovado pela experiência do dr. Afrânio Peixoto. Há relato que Peixoto, recém-formado, possuía boa fama devido a aparelhos provenientes da Europa, como o fórceps. Entretanto, ao ser chamado para um parto deparou-se com o medo e a inexperiência, não sabendo o que fazer na prática e relatando nunca ter usado a instrumentação nova. (MARTINS, 2004)

Apenas em 1876, o dr. Gordilho, responsável pela cadeira de Partos, autorizou a criação da enfermaria de partos e moléstias para mulheres na Santa Casa de Misericórdia da Bahia, que não era específica para Obstetrícia. Esse local era precário, sujo, pouco ventilado e superlotado (MARTINS, 2004), o que afastava a “elite” brasileira. Assim, a população atendida nesses lugares era composta, majoritariamente, por mães solteiras, escravizadas, prostitutas e mulheres pobres. (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018) Apesar desse cenário, as enfermarias possibilitaram aos estudantes de Medicina o aprendizado em relação à realização de exames, reconhecimento de posições e apresentações do feto, uso dos instrumentos obstétricos e cirurgias da área. (MARTINS, 2004)

Ainda no âmbito da Ginecologia e Obstetrícia, destaca-se a Reforma Sabóia (1882), que consolidou a separação da Obstetrícia e da Ginecologia estabelecida, mas não colocada em prática na reforma de 1879. Além disso, o curso de obstetrícia sofreu ampliação, inserindo-se em sua matriz curricular Física, Química, Anatomia Descritiva, Fisiologia, Obstetrícia Teórica, Farmacologia e Clínica Obstétrica e Ginecológica. (MONIZ, 1923)

Nesse cenário de consolidação da formação médica, buscou-se normatizar a profissão das parteiras. Para isso, em 1832, foi criado um Curso de Partos, ministrado pela FMB, e somente os aprovados poderiam exercer a profissão. As candidatas, precisavam ter, no mínimo, 16 anos, apresentar “[...] atestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguesia onde residissem, saber ler e escrever corretamente e pagar 20\$000 réis pela matrícula”. (BARRETO, 2008, p. 907) Essas regras demonstram que o curso não incluía a maioria das parteiras informais da época, pois era oneroso e exigia alfabetização.

O curso passou por modificações ainda mais restritivas, a partir do Decreto nº 1.387, de 28 de abril de 1854, sendo necessário o domínio do francês e das quatro operações matemáticas básicas, bem como idade mínima de 21 anos para ingresso e necessidade de aprovação do pai ou do marido, caso a candidata fosse solteira ou casada, respectivamente. (BARRETO, 2008) De modo geral, esse curso não foi efetivo e, embora, no Rio de Janeiro, houvesse intensa fiscalização, isso não ocorria na Bahia. Assim, houve a permanência do trabalho de parteiras informais e apenas duas mulheres se diplomaram ao longo do século XIX. (BARRETO, 2008)

Cabe salientar ainda que, para obter apoio da população, a partir de 1849, muitos médicos utilizaram jornais, folhetos e periódicos como ferramentas de divulgação da Obstetrícia e da Ginecologia. Dentre eles, destaca-se *O Prisma* e *O Mosaico*, nos quais anunciavam seus serviços e publicavam relatos de casos inusitados a fim de convencer a população a frequentar serviços médicos. Esses atos contribuíram para a deslegitimação do papel das parteiras. (BARRETO, 2008)

Deve-se, também, destacar o papel que os médicos da Escola Tropicalista Baiana tiveram, especialmente, a partir de 1860. Pautando-se no ideário positivista, esses profissionais afirmavam que as parteiras eram um atraso que os impedia de se estabelecerem no ramo da Obstetrícia e Ginecologia. (BARRETO, 2008)

Em consonância com o discurso da medicalização do feminino, inúmeros preceitos patriarcais e estigmatizadores foram defendidos pelos médicos. Nesse período, era comum atribuir corrimentos vaginais e doenças uterinas e ovarianas a excessos sexuais, masturbação e leitura excessiva de romances. (MARTINS, 2004) Tais ideologias podem parecer irrealistas e ilógicas, mas foi a mentalidade que se propagou, durante a maior parte do século XIX. Associado a essa conjuntura, havia

uma crença social de que os médicos eram imprescindíveis para garantir a defesa da mulher de si mesma e contra a sua “natureza instável”. (MARTINS, 2004)

Nessa perspectiva, as teses de conclusão de curso demonstravam interesse sobre aspectos fisiológicos e sociológicos que rodeavam a mulher do século XIX, a exemplo da conceituação do papel social da mulher, da sua anatomia e fisiologia (MARTINS, 2004), bem como sobre parto, afecções uterinas, gravidez e eclampsia. (SILVA, 2011) Apesar da mentalidade patriarcal e retrógrada presente nas teses – como é evidenciada no trabalho do dr. Hildebrando José Batista, em que o ideal de fragilidade do ser feminino se perpetua na afirmação de que perturbações ovarianas estão intimamente ligadas à possibilidade de uma mulher cometer crimes, já que o ovário possui uma conexão com o cérebro feminino (SILVA, 2011) – esses estudos foram fundamentais para a descrição anatômica e biológica do corpo feminino. Dessa forma, assuntos como menstruação e puberdade começaram a ser amplamente discutidos, abrindo margem para questões sobre a mulher que antes não eram analisadas. No que tange o corpo feminino, por exemplo, observa-se um aumento gradativo de teses entre 1850 e 1889, em especial entre 1880 e 1889, período que coincide com a separação entre Obstetrícia e Ginecologia. (SILVA, 2011)

## **BRASIL REPÚBLICA**

Posteriormente à instalação do regime republicano, em uma nova reforma do ensino, foi restabelecida a autonomia didática das faculdades de Medicina, a partir do Decreto nº 8.661, em 5 de abril de 1911. Determinou-se que os cursos de Ciências Médicas e Cirúrgicas, de Farmácia, de Odontologia e de Obstetrícia deveriam ser ofertados nas faculdades de Medicina. À vista disso, a legitimação da Ginecologia e da Obstetrícia no país foi favorecida, ao passo que, entre outras alterações na grade curricular, instituiu-se a cátedra de Ginecologia, fomentando o estudo de particularidades e patologias femininas de maneira desvinculada da Obstetrícia. Antes disso e após a reforma de 1879, a Ginecologia já era uma disciplina à parte da Obstetrícia, mas as duas compunham a mesma cátedra no curso médico até então. (COSTA, 2007)

No século XIX, perdurava a concepção da natureza feminina atrelada à maternidade e aos cuidados com residência, marido e filhos. Sob essa ótica, era cerceada a liberdade acadêmica e profissional da mulher por meio de discursos médicos e sociais, uma vez que o dever de ser mãe e cuidadora do lar poderia ser posto em perigo caso as mulheres tivessem perspectivas futuras relacionadas a estudos ou escolha de uma profissão. Tal mentalidade misógina impunha valores e comportamentos às mulheres, que, por muito, foram impedidas de extrapolar a chamada educação ornamental, cujos ensinamentos promoveriam um adequado exercício

do papel de dona de casa. (SILVA, 2011) Para além das limitações profissionais, o “ideal de mulher” ditava às mulheres um padrão estético de difícil alcance. Todas essas restrições eram perpetuadas por meio da imprensa, da Igreja Católica, de maridos, pais e filhos e, até mesmo, da própria população feminina da época.

Embora houvesse mulheres que apoiassem ideias feministas europeias na luta pela emancipação, na maioria era perpetuado o pensamento de que o amor e o sacrifício pela manutenção do lar e da subordinação ao pai, ao marido, aos irmãos e aos filhos era um objetivo a ser alcançado. (AMARAL, 2008) A concepção de mulher como “macho imperfeito”, cujos órgãos genitais não se desenvolveram adequadamente, sendo o útero e os ovários vistos como uma versão interna dos testículos e do pênis (PLAUT, 1959), justificava a violência de gênero e implicava uma busca incessante para compensar esse aspecto através da adequação a moldes.

Todavia, nas últimas décadas do século XIX, em consonância às reestruturações do ensino médico, ainda que atrelada a juízos conservadores dos séculos passados, a sociedade brasileira via-se diante de transformações em diversos aspectos sociais. Destacam-se, nesse período, mudanças concernentes à representatividade feminina no campo de atuação das ciências médicas e cirúrgicas, foram observadas mudanças sociais na busca pelos direitos femininos, destacando-se o discreto poder de decisão das mulheres acerca do futuro. Nesse cenário, algumas mulheres, sobretudo as pertencentes a famílias socioeconomicamente favorecidas, puderam escolher seguir uma carreira profissional e não apenas viver para as atividades domésticas. Dessa forma, após muita luta por emancipação, as mulheres conquistaram o início do que, mais tarde, tornou-se uma autonomia significativa no âmbito da educação: a possibilidade de ingresso no ensino superior.

De acordo com Silva (2011), a presença feminina na graduação médica era controversa. A autora aponta que o ensino das ciências médicas era um espaço marcadamente misógino que considerava a mulher intelectualmente inferior aos homens e incapaz de exercer atividades desvinculadas da maternidade. Além disso, as recém-ingressas no meio científico continuavam responsáveis pela manutenção do lar e pelos cuidados com marido e filhos.

É importante salientar ainda que a produção de conhecimento científico por mulheres, mesmo pequena, e a maior autonomia feminina restringia-se às classes médias e abastadas da época. No acervo da FMB, Silva (2011) localizou seis teses escritas por médicas formadas nessa faculdade no período entre 1879 e 1894, sendo a inaugural, em 1887, elaborada por Rita Lobato Velho Lopes, primeira mulher a concluir o curso médico no país. Todas essas teses se relacionavam à saúde da mulher: *Paralelos entre os métodos preconizados na operação cesariana* – Rita Lobato Velho Lopes (1887); *A ovariectomia e suas indicações* – Anna Machado Marinho Falcão (1890); *Os métodos antisepticos em Obstetrícia* – Ephigenia Veiga (1890);

*Anomalias do cordão umbilical: sua influencia sobre a gravidez e o parto* – Amélia Pedrosa Benebaim (1890); *Hemorragias puerperas* – Gláfrica Corina de Araújo (1892); *Breves noções sobre a raspagem uterina* – Francisca Barreto Prager (1893).

São notórias as semelhanças entre algumas dessas teses e as escritas por homens, havendo, no entanto, certo caráter militante, mesmo que discreto. Esse aspecto demonstra maior compreensão da mulher em sua integralidade e uma preocupação com a melhoria da qualidade de vida feminina. (SILVA, 2011)

Francisca Prager destaca-se entre as autoras como atuante na luta feminista. A médica baiana, conforme Rago (2008), foi a primeira mulher a ocupar o cargo de professora da FMB e, também, a primeira redatora da *Gazeta Médica da Bahia*. Valendo-se de jornais e revistas, Prager teceu críticas a concepções de desigualdade entre gêneros e defendeu os direitos políticos femininos bem como a luta pela redefinição de valores morais que coíbiam a liberdade feminina. Francisca Prager dedicou sua carreira às áreas de Ginecologia e Obstetrícia, prestando serviços na enfermaria de partos do Hospital Santa Izabel e, após defesa de tese, na Maternidade Climério de Oliveira. (RAGO, 2008)

O protagonismo das primeiras médicas formadas pela FMB foi fundamental para a inserção de outras mulheres da sociedade soteropolitana no ambiente acadêmico. A partir de 1930, apesar de ainda limitado, houve um aumento considerável e progressivo no número de médicas formadas pela FMB. Inicialmente a especialização dessas mulheres era majoritariamente ligada às áreas do cuidado feminino ou infantil, destacando-se a área de Ginecologia e Obstetrícia. Assim, em uma especialidade historicamente marcada por professores catedráticos de grande renome, aos poucos as mulheres foram conquistando seu espaço. Desse modo, em especial a partir de 1980, percebeu-se um aumento expressivo na quantidade de ingressantes do sexo feminino, aproximando-se do número de homens ingressos. Na história recente da FMB podemos perceber algumas turmas de formandos com maior presença feminina que masculina em seu quadro discente. (ALENCAR, 2013)

No início do século XX, perdurava o receio em relação a mudanças comportamentais, em especial, aos cuidados com a saúde feminina e aos trabalhos de parto realizados por homens (médicos). A assistência domiciliar por parteiras manteve-se como predileção das mulheres das classes mais favorecidas da sociedade baiana, bem como de suas famílias, sob argumentos de maior segurança nos cuidados, comodidade e possibilidade de presença de familiares no quarto onde seria realizado o parto. Portanto, era necessário mitigar barreiras dos séculos passados no processo de medicalização do corpo feminino. (AMARAL, 2008) Em 30 de outubro de 1910 inaugurou-se a primeira maternidade da Bahia. Desde meados do século XIX, o projeto de construção foi idealizado e defendido, junto a outros



obstetras, pelo conceituado professor Climério Cardoso de Oliveira, primeiro a ocupar a cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecológica na FMB. (COSTA, 2007) A criação da maternidade foi estabelecida em meio à reforma do ensino médico de 1854, a fim de possibilitar o estudo prático da Obstetrícia em Salvador, aspecto bastante requisitado por médicos e estudantes da área. Todavia, consoante Amaral (2008), devido a dificuldades financeiras para a execução do projeto, apenas na primeira década do século XX, após anos de busca por investimentos do Estado, inaugurou-se a maternidade da FMB, que, adiante, levou o nome de Climério de Oliveira, sendo, até hoje, campo de prática para graduandos e médicos residentes da UFBA. Segundo Costa (2007), a nova instituição dedicada ao cuidado obstétrico foi uma das primeiras no país com o intuito de servir como campo de estudos para graduandos em Medicina e de prestar assistência às mulheres economicamente desfavorecidas.

Antes disso, partos e algumas práticas ginecológicas eram realizados em enfermarias de hospitais não específicas para atendimentos obstétricos, consideradas insalubres, desconfortáveis e desorganizadas. Posto isso, foi concebida a essas enfermarias, como a do Hospital da Santa Casa, uma reputação condenável, o que contribuiu para a hesitação das parturientes em buscar esses serviços. Entretanto, o parto hospitalizado passou a ganhar credibilidade em Salvador, bem como no Rio de Janeiro, em consequência de melhorias nos atendimentos e nas instalações e, também, da veiculação de bons serviços prestados às mulheres nesses hospitais. (MARTINS, 2004) Sob esse prisma, para além dos discursos pró-medicalização do corpo feminino, a nova maternidade teve de mostrar pontos positivos, como facilidade de internamento, assepsia e acolhimento de qualidade à parturiente, para ganhar reconhecimento na elite soteropolitana. (AMARAL, 2005)

Os veículos de comunicação da época assumiram um papel basilar na consolidação da instituição que conduziria a Bahia aos avanços obstétricos. A imprensa baiana publicou, diariamente, notícias sobre a concepção da maternidade como caminho para a modernidade, críticas positivas acerca do ambiente e agradecimentos de homens abastados pelo bom atendimento a suas esposas na Maternidade Climério de Oliveira. (AMARAL, 2008) A cidade de Salvador ganhou um novo local, civilizado, limpo e seguro, dedicado ao cuidado com a parturiente. Além disso, os jornais de circulação diária exibiam as doações feitas pelos mantenedores da instituição, de modo a elevar a visibilidade da maternidade e fomentar as doações sob o argumento de filantropia como fruto da modernização. Assim, segundo Amaral (2008, p. 930), esse veículo de comunicação “[...] estimulava a prática da caridade, mostrava festas beneficentes, anunciava nomes de participantes e por vezes concluía o texto com a frase: ‘Toda gente chic estava presente’. (Diário de Notícias, 21 set. 1927, p. 3)”. Os anúncios eram provenientes da elite baiana e direcionados ao público leitor de equivalência socioeconômica.

Cabe salientar que pensamentos e discursos de médicos e da sociedade brasileira, de forma geral, refletiam as transformações da ciência europeia, dessa forma, de acordo com Amaral (2008, p. 932):

[...] nela baseada, a sociedade médica iniciou ‘uma cruzada’ objetivando medicalizar e higienizar os hábitos de vida da população, através das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. A Maternidade seria um espaço em que a mulher teria apoio médico, repouso, além da assepsia, o que diminuiria o risco das infecções: onde o parto seria civilizado.

À vista disso, o parto fora de casa – antes restrito a casos graves, quando o acompanhamento e a intervenção médica sanariam os riscos iminentes de morte, ou a parturientes que não pudessem arcar com os custos de uma parteira – passou a ser difundido no país, coexistindo com o parto residencial.

Vale ressaltar que, diferente do caráter rígido das transformações higienistas observadas em outros países, como a França, onde a medicalização foi imposta às mulheres desfavorecidas, o contexto brasileiro de medicalização se mostrou mais ameno dentro da maternidade. No entanto, esse processo não foi considerado harmonioso, uma vez que foi encontrada, no livro de registro da Maternidade Climério de Oliveira, a notificação de 18 mulheres expulsas da instituição, no período de 1909 a 1927, sob justificativa de insubordinação às regras em vigor. (AMARAL, 2005, 2008)

No que diz respeito à atividade de partejar, após a construção da Maternidade Climério de Oliveira, críticas de condenação às parteiras publicadas pela imprensa baiana oitocentista foram substituídas por escritos favoráveis à complementaridade profissional. Segundo Amaral (2008), nesse período houve um aumento paulatino da participação de parteiras e enfermeiras nos procedimentos realizados por médicos da instituição.

Com o passar dos anos, a maternidade foi validada na capital baiana como local de acolhimento e cuidados com a mulher, sem distinções sociais. Não obstante, observou-se divergências entre tratamento e alocação das mulheres internadas por meio do plano público e das privilegiadas socioeconomicamente. É possível constatar, a partir de registros internos da Maternidade Climério de Oliveira, a progressão da busca por assistência na instituição, em um primeiro momento, por parturientes mais humildes, o que serviu, posteriormente, de exemplo para fomentar a presença prevalecente de mulheres de classe alta. (AMARAL, 2005)

Em paralelo às transformações nas práticas obstétricas e ginecológicas do século XX, os estudos referentes a essas áreas eram aprimorados na escola de Medicina. Na Bahia, incontáveis profissionais foram essenciais na construção e na legitimação das especialidades médicas que se debruçam sobre os cuidados

com a saúde da mulher. Dentre eles, cabe destacar os renomados professores da FMB José Adeodato de Souza, Aristides Pereira Maltez e Alício Peltier de Queiroz, que exerceram prestigiada atuação médica e formaram profissionais e docentes de destaque na Ginecologia brasileira. (COSTA, 2007)

A princípio, prof. José Adeodato de Souza exercia a função de professor substituto de Clínica Obstétrica e Ginecológica, tornando-se, posteriormente, pioneiro no cargo de mestre da cátedra de Ginecologia da FMB, entre 1911 e 1925. O docente “[...] é considerado o iniciador, na Bahia, da especialidade em que se consagrou como um dos maiores mestres no Brasil”. (COSTA, 2007, p. 119) Outrossim, dr. Aristides Pereira Maltez tornou-se, em 1932, professor catedrático de Ginecologia da FMB. Ademais, destacou-se, na cirurgia ginecológica, pela elaboração de duas técnicas cirúrgicas – histeropexia à Maltez e peritonização em bolsa do assoalho pélvico – e, para além da Ginecologia, sobressaiu-se pela idealização do Instituto do Câncer da Bahia, que, mais tarde, recebeu seu nome, sendo, até hoje, denominado Hospital Aristides Maltez.

Por fim, o prof. Alício Peltier de Queiroz ocupou, a partir de 1945, o cargo de professor catedrático de Ginecologia. O prof. Alício, apesar de procedente do interior e sem uma carreira acadêmica, venceu de forma irrefutável os candidatos mais renomados e favoritos no concurso para professor catedrático da FMB. (COSTA, 2007) Adiante, construiu o grupo de excelência que ficou nacionalmente conhecido como Escola de Ginecologia da Bahia, em conjunto com os professores João Costa Filho, Jair Francisco Burgos, Maria de Lourdes Rocha Santos Burgos, Hugo da Silva Maia, Geilza Cravo Batinga, Adelmo Maurício Botto de Barros, José de Souza Costa, Lycia Vinhaes, Carlos Alberto da Costa Pinto Dantas, Maria da Purificação Paim Burgos e Fortunato Trindade.

Dentre esses profissionais, vale ressaltar o casal Jair e Lourdes Burgos. O prof. Jair Burgos – aluno do prof. Alício – graduou-se em Medicina pela FMB em 1945 e ingressou como assistente na Clínica Ginecológica da UFBA em 1946. Era exímio cirurgião e, à sua época, foi considerado um dos melhores cirurgiões ginecológicos do país, um “escultor da pelve feminina”; “O ato cirúrgico, com você, era de invulgar beleza, onde, em silêncio, na maestria e precisão dos gestos, o milagre acontecia”. (BURGOS, 1997, p. 13) Dizia sempre aos seus alunos que para ser um bom ginecologista é preciso, antes de tudo, “amar a pelve feminina” e sempre se despedia com a expressão “seja feliz”.

A dra. Lourdes Burgos foi professora de Ginecologia da UFBA de 1952 a 1991, dedicando-se à Ginecologia Clínica. Além disso, dominava a prática e o ensino de Sexologia, Endocrinologia Ginecológica, Psicologia aplicada à Ginecologia, relação médico-paciente, Medicina Integrativa e Práticas Integrativas e Complementares (PICS). Posteriormente especializou-se em Homeopatia e passou a utilizar essa

especialidade nos seus atendimentos. (BURGOS, 1997) Pela sua competência e popularidade foi personagem do livro *Dona Flor e seus dois maridos*, do escritor Jorge Amado (1966), como médica de Dona Flor.

Constata-se, dessa forma, que apesar dos inúmeros inconvenientes da medicalização das demandas femininas, no decorrer do século XX, a Ginecologia e a Obstetrícia se distanciaram do conjunto de improvisos e conhecimentos exclusivamente teóricos observados anteriormente e maciçamente criticados no país, sobretudo por médicos e estudantes de Medicina. (MARTINS, 2004) Esse contexto foi fundamental para o aperfeiçoamento de estudos acerca da saúde da mulher e para a consolidação de práticas ginecológicas e obstétricas na Medicina brasileira.

Durante meados do século XX, destacou-se, na Bahia, o prof. José Adeodato de Souza Filho (1907-1984), filho de prof. José Adeodato de Souza citado anteriormente, que assumiu a cátedra de Obstetrícia em 1951 e atuou na Maternidade Climério de Oliveira. Dentre suas atividades, foi um dos pioneiros na pesquisa científica dessa instituição, posteriormente, aprimorada com a atuação de outros professores, como Elsimar Coutinho. O prof. José Adeodato também fundou a Maternidade Pró-Mater da Bahia. Essa instituição funcionou de 1940 até 1960 (JACOBINA, 2013), destacando-se pela prestação de serviço de parto em domicílio que atendia as pacientes em situação de vulnerabilidade social. Houve, assim, um impacto positivo na realidade de Salvador da época, reduzindo a mortalidade materna e a mortalidade infantil.

## BRASIL REPÚBLICA: CENÁRIO ATUAL

Em 1958 ocorreu a instalação de um programa de residência médica no Hospital das Clínicas da FMB, que nesse primeiro momento, abrangia duas especialidades: Clínica Médica e Cirurgia. Merece destaque um dos fundadores, o dr. Roberto Figueira Santos. Após formar-se na FMB em 1949, especializou-se em Clínica Médica nos Estados Unidos e ao regressar ao Brasil obteve sucesso como concorrente à cátedra de Clínica Médica da FMB. Devido à sua experiência com serviços de residência nos Estados Unidos e Europa, dr. Roberto Santos exerceu papel importante em reformas administrativas, em especial no Hospital das Clínicas e organização da residência médica em conjunto com os professores titulares de cada cátedra. Merecem destaque a colaboração dos professores Heonir Rocha e Valdir Medrado, os quais também fizeram residência nos Estados Unidos e buscavam implantar algo semelhante no Hospital das Clínicas. A partir desse período, a Medicina baiana foi fortemente influenciada por docentes que fundaram os primeiros cursos de residência em suas respectivas especialidades. Destaca-se, na área de Ginecologia, o prof. Alcício Peltier de Queiroz e sua equipe auxiliar, e

na área de Obstetrícia o então titular da cátedra, prof. José Adeodato de Souza Filho e outros nomes importantes como Djalma Ramos e José Maria de Magalhães Netto – posteriormente professor titular de Obstetrícia e diretor da Maternidade Climério de Oliveira –, que faziam parte do corpo clínico da Maternidade Climério de Oliveira. Assim, estes personagens contribuíram de forma significativa, nas suas respectivas áreas, na estruturação do ensino voltado para a especialização na forma de residência médica nos anos 1950 e 1960. (TEIXEIRA, 2001)

Na época, após terminarem a residência no Hospital das Clínicas, alguns médicos foram para os Estados Unidos, para aprimorar-se na sua especialização, por intermédio dos seus preceptores, os quais haviam mantido contato com as universidades americanas da época de especialização. Dentre estes o dr. José de Souza Costa, futuro professor titular de Ginecologia, que após concluída a residência em cirurgia na UFBA em 1961 aperfeiçoou-se em Ginecologia e Obstetrícia na Universidade de Pittsburgh, Pensilvânia. (JACOBINA, 2013) Professor José Costa foi aluno do prof. Alício Peltier de Queiroz, o qual inspirou o discente a seguir na área.

A reforma universitária implantada entre os anos de 1968 e 1974 promoveu a adaptação do currículo da Ginecologia e Obstetrícia e fez com que as cátedras fossem agrupadas em 13 departamentos na forma de disciplinas. Na Ginecologia a adaptação desse currículo foi organizada pelos professores Alício Peltier de Queiroz e José de Souza Costa. Este último assumiu a coordenação da disciplina no pós-reforma e, em seguida, a coordenação da chefia do serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), em 1976, após aposentadoria do prof. Alício, que exercia o cargo desde 1945. (COSTA, 2007)

Nas décadas de 1960 e 1970 as matérias de Ginecologia e de Obstetrícia, eram lecionadas no HUPES e na Maternidade Climério de Oliveira, respectivamente. Após cinco anos de curso, os estudantes entravam no internato em modelo de livre escolha, com duração de no mínimo um ano. Nesse período, o graduando poderia direcionar sua formação para uma das especialidades de maior interesse. (TEIXEIRA, 2001) Na época não havia a estruturação de uma residência médica nos moldes contemporâneos e muitos já faziam no internato sua especialização. A partir das décadas de 1980 e 1990, ocorreram mudanças significativas na Medicina como um todo, e nas áreas de Ginecologia e de Obstetrícia não foi diferente. A decadência da Ditadura Militar, no início de 1980, permitiu a repercussão de novos ideais sociais que influenciaram várias práticas governamentais subseqüentes. No âmbito da saúde, salienta-se a VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, o ensino se tornou conjugado à assistência das populações menos favorecidas nos centros de atendimento, e a Ginecologia e a Obstetrícia estiveram presentes nessa assistência.

Quanto ao ensino, o hospital universitário e a Maternidade Climério de Oliveira experimentaram reformas importantes na parte estrutural e administrativa. A área de pesquisa desenvolveu-se bastante na maternidade, com destaque ao prof. Elsimar Coutinho em suas pesquisas relacionadas à reprodução humana. Elsimar Coutinho graduou-se em Medicina em 1956 e, através de uma bolsa de estudos, foi estudar na Universidade de Sorbonne, na França, na área de mecanismos de ação hormonal. Pouco tempo depois, foi para os Estados Unidos, onde realizou uma pós-graduação no Rockefeller Institute na área de Endocrinologia Reprodutiva, área em que se destacou desde então. De volta ao Brasil, criou, em conjunto com prof. José Adeodato Filho, o Programa de Pesquisa em Reprodução Humana na UFBA. Professor Elsimar trouxe para a maternidade o pesquisador da Rockefeller Institute, Arpad Csapo, com a intenção de criar um instituto de reprodução humana, concretizado anos depois com a criação do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH). Além disso, o dr. Elsimar Coutinho atuou como diretor de pesquisas clínicas da Maternidade Climério de Oliveira, que se tornou o primeiro centro da Organização Mundial da Saúde (OMS) na América Latina referência em pesquisas de reprodução humana. (COUTINHO, 2007) Destacou-se, também, na área de Endocrinologia Reprodutiva e planejamento familiar, tornando-se um pesquisador de destaque com projeção internacional. A partir de seus estudos desenvolveu os primeiros anticoncepcionais injetáveis e pílulas vaginais, realizou também vários estudos sobre dispositivos intrauterinos, implantes hormonais subcutâneos, tratamento da infertilidade conjugal, endometriose e miomatose uterina. Foi docente do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana (DEGORH) da FMB-UFBA até os anos 2000, onde se aposentou como professor titular de Reprodução Humana.

Na área de Obstetrícia, podemos destacar o prof. José Maria de Magalhães Netto, aluno de prof. José Adeodato Filho. O prof. Zezito Magalhães, como era conhecido, graduou-se em Medicina no ano de 1948 atuando como docente da Clínica Obstétrica logo após a formatura. No início dos anos 1980 obteve, através de concurso, o cargo de professor titular de Obstetrícia da UFBA onde cercou-se de uma equipe de assistentes de excelência, entre eles os professores Elias Darzé, Manuel Bonfim, Antônio Barata, Antonio Carlos Vieira Lopes, Nélia Dourado, Denise Barata e Jorge Calabrich. Posteriormente foi também professor titular da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Após sua aposentadoria recebeu o título de professor emérito da FMB-UFBA. Teve grande destaque na Obstetrícia brasileira gozando de grande prestígio e respeito entre seus pares. Entre os anos de 1988 e 1991 atuou como diretor da Maternidade Tsylla Balbino, escola de inúmeras gerações de obstetras, e depois da Maternidade Climério de Oliveira, na qual realizou reconhecido trabalho, consolidando-a como centro de

referência em obstetrícia na Bahia. (JACOBINA, 2013) Além disso, exerceu a função de secretário da saúde do governo do estado da Bahia e de coordenador de Ensino do Instituto de Perinatologia da Bahia. Também foi professor da EBMS. Após sua aposentadoria recebeu o título de professor emérito da FMB-UFBA.

Na Ginecologia, o professor José de Souza Costa, ex-aluno e assistente do prof. Alicio, coordenou a Ginecologia da FMB desde 1976. Entre os anos de 1980 e 2000, prof. José Costa ocupou o cargo de presidência em sociedades médicas com destaque à Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Bahia (SOGIBA), Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB) e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (COSTA, 2007), exerceu também a funções de chefe do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana, diretor da FMB e foi membro do *executive board* da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). No ano de 1998 foi aberto concurso para professor titular de Ginecologia, o prof. José Costa obteve sucesso neste processo seletivo e assumiu o cargo, aposentou-se de forma compulsória aos 70 anos em 2002.

Vale ressaltar a profa. Maria Theresa de Medeiros Pacheco, que se especializou em Ginecologia e Obstetrícia pela FMB no ano de 1953 e no ano seguinte tornou-se a primeira médica-legista do Brasil. No ano de 1975, destaca-se novamente por se tornar a primeira mulher do Brasil a ocupar o cargo de professora titular de Medicina Legal e Deontologia Médica, conquistado em concurso da FMB. (JACOBINA, 2013)

Com o passar dos anos, a posição de destaque ocupada pela profa. Maria Theresa, no que se refere à participação feminina na faculdade, pôde ser percebida mais adiante, com a presença de professoras ocupando a posição de professor titular em seus respectivos departamentos.

No período de escrita deste capítulo, o Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana conta com 22 docentes, sendo 12 mulheres. Os docentes elencados são: Carlos Augusto Santos de Menezes, Edson O'Dwyer Junior, Fortunato Trindade, Hilton Pina, James José de Carvalho Cadidê, Kleber Pimentel Santos, Licemary Guimarães Lessa, Lidia Lima Aragão Sampaio, Manoel Alfredo Curvelo Sarno, Marcelo de Amorim Aquino, Márcia Sacramento Cunha Machado, Marcio Josbete Prado, Maria da Purificação Paim Oliveira Burgos, Marla Niag dos Santos Rocha, Milena Bastos Brito, Nilma Antas Neves, Olívia Lucia Nunes Costa, Paula Matos Oliveira, Renata Lopes Britto, Rone Peterson Cerqueira Oliveira, Sandra Serapião Schindler, Vera Lucia Rodrigues Lobo.

Quanto aos cursos de pós-graduação, seguiu-se uma tendência de mestrados e doutorados nas universidades brasileiras vinculada ao fortalecimento da pesquisa. O prof. Nelson de Carvalho Assis Barros, professor titular de Pediatria, e o prof. Zezito Magalhães criam em 1991 o curso de mestrado em Assistência Materno-Infantil abrangendo as áreas de Obstetrícia, Ginecologia, Neonatologia

e Pediatria. O curso foi desativado no ano 2000 após encerrar inscrições de novos alunos. (AZEVEDO, 2007)

Em 1993, sob a diretriz do diretor professor Heonir Rocha, foi instituída uma comissão para estudar a redepartamentalização da faculdade, presidida pelo prof. José de Souza Costa. No ano seguinte, a proposta foi aprovada e, dentre as resoluções, foi criado o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, sendo o primeiro chefe o prof. Manuel Bonfim de Souza Filho. Posteriormente, foi incorporada ao departamento a disciplina de Reprodução Humana, passando a ser denominado Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana (DEGORH).

O início dos anos 2000, na FMB, foi marcado por discursos de transformação curricular por parte tanto dos discentes quanto dos docentes. O campo da Ginecologia e Obstetrícia teve como representante o prof. Antonio Carlos Vieira Lopes. O novo currículo foi aplicado a partir do ano de 2007. (AZEVEDO, 2007)

Nesse período, vale destacar a criação de ligas acadêmicas por estudantes nas faculdades de Medicina no Brasil. Essas organizações acadêmico-científicas são formadas por discentes, sob supervisão de professores vinculados à faculdade ou ao seu hospital universitário, e têm como base o tripé ensino, pesquisa e extensão. Na FMB, um conjunto de discentes e docentes interessados em aprofundar seus estudos na Ginecologia e Obstetrícia fundou em 2007 a Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia da Bahia (LAGOB). As ligas acadêmicas assumem sua importância ao passo que favorecem a presença de espaços com maior independência estudantil para discussão de assuntos voltados para uma área de interesse comum, com a participação de docentes desta área. Nesse sentido, a LAGOB conta com o apoio e participação dos docentes do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia permitindo um espaço rico de troca de conhecimentos e experiências através das atividades que compõem o tripé universitário.

Atualmente o ensino de Ginecologia e Obstetrícia na FMB inicia-se como especialidade a partir do oitavo semestre do curso de graduação. Nesse componente, há a introdução da propedêutica ginecológica e obstétrica; diagnóstico clínico e cirúrgico; procedimentos tocoginecológicos, instrumentais e laboratoriais relacionados à especialidade e conceitos anatômicos e fisiológicos. As aulas teórico-práticas e sessões clínicas são ministradas no pavilhão de aulas do Vale do Canela, no HUPES e na Maternidade Climério de Oliveira. A partir do nono semestre, no regime do internato, em que Ginecologia-Obstetrícia corresponde a uma das grandes áreas, junto com outras como Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Saúde Coletiva.

Hoje, o ambulatório do serviço de Ginecologia do HUPES compreende, além do Ambulatório Geral em Ginecologia, alguns ambulatórios especializados como: Oncologia Ginecológica, Uroginecologia, Adolescência, Climatério e Planejamento Familiar. A Maternidade Climério de Oliveira permanece como um



importante centro de ensino e assistência da Obstetrícia. Essa maternidade conta com campos de prática como o Pronto Atendimento Obstétrico, Enfermaria de Intercorrências Clínico-Obstétricas e de Puérperas, Ambulatórios de Atenção Pré-Natal de Baixo Risco e Ambulatórios de Alto Risco e Bioimagem.

## **PANDEMIA DE COVID-19 E TRANSFORMAÇÕES NA GINECOLOGIA E NA OBSTETRÍCIA BAIANAS**

Ainda nos primeiros meses da pandemia da covid-19, o Ministério da Saúde, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira recomendaram a suspensão de determinados serviços médicos no Brasil. No que concerne ao campo da Ginecologia e Obstetrícia, entre outras medidas profiláticas, houve a suspensão de cirurgias eletivas, em maio de 2020, e de atendimentos ginecológicos não emergenciais. Essa medida foi revogada em outubro do mesmo ano pela Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab). Após esse período, com o retorno à assistência ambulatorial e às cirurgias eletivas, os serviços mostraram-se sobrecarregados pelas demandas proteladas durante os meses de maior rigor das medidas supracitadas. (ATUAÇÃO..., 2021)

A assistência pré-natal e ao parto foi mantida, contudo, com a desativação de vários serviços de atenção primária e com as dificuldades de manutenção dos serviços hospitalares também houve prejuízo na assistência obstétrica. (ATUAÇÃO..., 2021)

Observou-se também um receio por parte das pacientes em buscar assistência, incluindo desde consultas de rotina a casos de urgência.

Assim, o cuidado com a saúde da mulher foi prejudicado em diversos aspectos. “O Conselho Federal de Medicina (2020) aprovou, a partir da Lei n. 13.989, de 15 de abril de 2020, a consulta telepresencial, bem como as prescrições digitais, durante o contexto pandêmico”. (BRASIL, 2020) Apesar das limitações dessa nova modalidade de assistência médica, sobretudo na Ginecologia e Obstetrícia, em que o exame físico é significativamente prejudicado pela ausência do contato presencial, a telemedicina tem amparado algumas necessidades que, por questão de segurança, não podem ser atendidas da maneira tradicional.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É interessante analisar a dinamicidade da história da Ginecologia e da Obstetrícia brasileira ao longo dos séculos. Durante o Período Pré-cabralino, por exemplo, o trabalho de parto era um evento que pouco alterava a rotina da mulher, sendo, na maioria das vezes, realizado sem auxílio de outrem. Já após a chegada dos

primeiros portugueses em solo brasileiro, surge a figura da parteira, a qual passa a ser responsável não apenas pela condução do trabalho de parto em si, mas pelo conjunto de atividades que envolve o cuidado íntimo feminino. No entanto, a partir da criação da primeira instituição de Ensino Superior do Brasil, em 1808, gradualmente, o homem passou a ocupar a função que, até então, era exclusivamente feminina.

Apenas em 1879, com a Reforma de Ensino Livre, a FMB desvinculou os estudos da Ginecologia e da Obstetrícia, individualizando-os. Contudo, a formação ainda era bastante deficitária. Cabe destacar que, a partir desse período, houve a inserção da mulher no ensino superior, um marco histórico para o país.

Posteriormente, em 1910, foi construída a primeira maternidade da Bahia, a Climério de Oliveira, com o intuito de assistir mulheres economicamente desfavorecidas e de servir como campo de estudos para os acadêmicos de Medicina. Assim, começou a se estabelecer, em Salvador, a cultura da medicalização do parto e do nascimento em ambiente hospitalar. Considera-se que essas mudanças eram um “caminho para a modernidade”, alterando tanto as concepções médicas quanto as ideologias sociais.

Em meados do século XX, houve uma maior consolidação da Ginecologia e Obstetrícia e foi criado o programa de residência médica na Maternidade Climério de Oliveira e no então Hospital das Clínicas da FMB, atual HUPES. Evidencia-se, desse modo, que o processo de construção e de ensino-aprendizado de Ginecologia e de Obstetrícia estão em constante transformação.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, G. M. P. da. *O protagonismo feminino na Faculdade de Medicina da Bahia*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10426/1/Gualter%20Martiniano%20Pereira%20de%20Alencar.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2021.
- AMADO, J. *Dona Flor e seus dois maridos*. Bahia: Companhia das Letras, 1966.
- AMARAL, M. C. do. “*Da comadre para o doutor*”: a maternidade Climério de Oliveira e a nova medicina da mulher na Bahia Republicana (1910-1927). 2005. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10659>. Acesso em: 11 jan. 2021.
- AMARAL, M. C. do. Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 927-944, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702008000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000400003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 3 jan. 2021.

- ATUAÇÃO feminina na ginecologia e prática ginecológica durante a pandemia de covid-19. In: CONGRESSO VIRTUAL UFBA, 2021. [S. l.]: Universidade Federal da Bahia, 2021. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=ooYa13JR4sM&ab\\_channel=TVUFBA](https://www.youtube.com/watch?v=ooYa13JR4sM&ab_channel=TVUFBA).
- AZEVÊDO, E. E. de S. *Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia – Terreiro de Jesus: Memória Histórica 1996-2007*. Feira de Santana: AMeFS, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/27399>. Acesso em: 25 jan. 2021.
- BARRETO, M. R. N. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 901-925, 2008. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702008000400002&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702008000400002&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 3 jan. 2021.
- BARRETO, M. R. N. A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. *Revista Gênero*, Niterói, v. 7, n. 2, p. 219-236, 2007. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/30982>. Acesso em: 11 jan. 2021.
- BARRETO, M. R. N. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)*. 2005. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6142>. Acesso em: 25 fev. 2021.
- BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Institui a Telemedicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 73, p. 1, 16 abr. 2020.
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 135-149, 1991. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002). Acesso em: 7 jan. 2021.
- BRITTO, A. C. N. *195 anos de ensino médico na Bahia*. Conferência recitada em 18 de fevereiro de 2003 no Anfiteatro Alfredo Britto. Salvador, 2003.
- BRITTO, A. C. N. *A educação médica brasileira no início do século XIX*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA MEDICINA, 16., 2011, Ouro Preto.
- BUENO, J. F. da S. L.; TORTATO, C. de S. B. Das parteiras à medicina obstétrica: Uma breve reflexão sobre o processo de cientificação do parto no Brasil do século XIX. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, Curitiba, v. 12, n. 40, p. 265-277, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt>. Acesso em: 3 jan. 2021.
- BURGOS, M. de L. R. S. *37 anos com Jair Francisco Burgos: o cirurgião escultor da pelve feminina*. Salvador: Empresa Gráfica da Bahia, 1997.
- COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2021.

- COSTA, J. de S. 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://gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/94/87>. Acesso em: 25 jan. 2021.
- COUTINHO, E. M. Contribuição à história da pesquisa gineco-obstétrica e da reprodução humana na Bahia: relato pessoal. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 125-138, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/95/88>. Acesso em: 25 jan. 2021.
- ENGELMANN, G. J. *Labor among primitive peoples: showing the development of the obstetric science of to-day, from the natural and instinctive customs of all races, civilized and savage, past and present*. 2. ed. Saint Louis: J.H. Chambers & Company, 1883. Disponível em: [https://openlibrary.org/books/OL13522280M/Labor\\_among\\_primitive\\_peoples](https://openlibrary.org/books/OL13522280M/Labor_among_primitive_peoples). Acesso em: 25 jan. 2021.
- GURGEL, C. B. F. M. *Índios, jesuítas e bandeirantes: medicinas e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII*. 2009. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/309188>. Acesso em: 25 jan. 2021.
- JACOBINA, R. 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*. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 2013. v. 3. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/14218>. Acesso em: 25 jan. 2021.
- MARTINS, A. P. V. A obstetrícia e a ginecologia no Brasil. In: MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 139-170. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 12 jan. 2021.
- MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000200039](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200039). Acesso em: 14 jan. 2021.
- MONIZ, G. *A medicina e sua evolução na Bahia*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1923. Disponível em: <https://www.obrasraras.fiocruz.br/media.details.php?mediaID=236>. Acesso em: 4 jan. 2021.
- PACIORNIK, M. *O parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. de M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702018000401039&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702018000401039&script=sci_arttext). Acesso em: 25 jan. 2021.
- PLAUT, A. Historical and cultural aspects of the uterus. *Annals of the New York Academy of Sciences*, New York, v. 75, n. 2, p. 389-411, 1959.

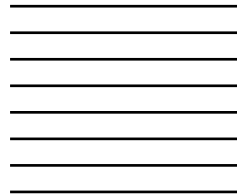
PEREIRA, A. P. *Memória histórica do anno de 1882 [da Faculdade de Medicina da Bahia]*. Salvador, 1883. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/24401>. Acesso em: 25 jan. 2021.

RAGO, E. J. Francisca Prager Fróes: medicina, gênero e poder nas trajetórias de uma médica baiana (1872-1931). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 985-993, jun. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300020&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 jan. 2021.

SILVA, C. S. *Com um fórceps na mão, há de se parir uma nação: ensino e prática da obstetrícia e ginecologia em Salvador (1876-1894)*. 2011. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12851>. Acesso em: 5 jan. 2021.

TEIXEIRA, R. *Memória histórica da faculdade de medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. 3. ed. Salvador: Edufba, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16773>. Acesso em: 25 jan. 2021.

VIOTTI, A. C. de C. *As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)*. 2012. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual Paulista, Franca, 2012. Disponível em: [https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/dissertacao-final\\_ana-carolina-viotti.pdf](https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/dissertacao-final_ana-carolina-viotti.pdf). Acesso em: 4 jan. 2021.



## **SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)**

### **Adrielle Christine Silva Damasceno**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [adrielle.christine@ufba.br](mailto:adrielle.christine@ufba.br)

### **Alana dos Santos Brito**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [alana.s.brito@gmail.com](mailto:alana.s.brito@gmail.com)

### **Alef Amorim Moniz**

Bacharel em Saúde pela 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)

### **Amanda dos Santos de Almeida**

Graduanda de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: [amandaalmeida20.2@bahiana.edu.br](mailto:amandaalmeida20.2@bahiana.edu.br)

### **Ana Beatriz Cazé Cerón**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [ana.caze@ufba.br](mailto:ana.caze@ufba.br)

### **Ana Beatriz Chaves dos Anjos**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [anabca@ufba.br](mailto:anabca@ufba.br)

**Ana Beatriz Gouveia**

Graduanda em Medicina na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: anabeatrizgalmeida@hotmail.com

**Ana Beatriz Rodrigues de Lira**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: ana.lira@ufba.br

**Ana Helena Silva Ferreira**

Graduanda em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: ana.helena@ufba.br

**Ana Vitória Gordiano Carneiro**

Estudante de Medicina Centro Universitário UniFTC.

E-mail: avgordiano@gmail.com

**Anamélia Lins e Silva Franco**

Doutora em Saúde Pública, professora do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: anamelialins@gmail.com

**Antonio Wanderson Vieira Gois**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: antonio.wanderson@ufba.br

**Aurea Angelica Paste**

Médica. Mestre em Infectologia na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Coordenadora da residência de Infectologia do Hospital Couto Maia. Supervisora da residência de Infectologia do Complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES). Coordenadora do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Aliança. Orientadora da Liga de Infectologia da Bahia (LAIB).

E-mail: aureapaste@hotmail.com

**Balbino Lino dos Santos**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: balbinolino13@yahoo.com.br

**Bernardo de Oliveira Torres**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: bernardo.torres@ufba.br

**Bianca Aparecida Colognese**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: bia.colognese11@gmail.com

**Brena Cerqueira Torres**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: brena.torres@ufba.br

**Bruna Santos Moura**

Graduanda de Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: brunamoura18.1@bahiana.edu.br

**Bruno Bonfim da Silveira**

Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: brunosilveira17.1@bahiana.edu.br

**Bruno Felipe Santos de Oliveira**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Email: bruno.oliveira@ufba.br

**Camila Silva Bastos**

Graduanda em Medicina pela Universidade Salvador (Unifacs).

E-mail: csbastos13@gmail.com

**Camila Osterne Muniz**

Graduanda em Medicina pela Universidade Salvador (Unifacs).

E-mail: milaosterne@gmail.com

**Cárita Victória Carvalho de Santana**

Graduanda em Medicina na Universidade Salvador (Unifacs).

E-mail: carita.santana@ufba.br

**Carla Beatriz Souza de Oliveira**

Graduanda em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde na Universidade



Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: beatrizcarla12@hotmail.com

**Caroline Lopez Fidalgo**

Professora auxiliar do Departamento de Saúde da Família. Mestrado em Tecnologias em Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: carolinefidalgo@gmail.com

**Carolyne Sampaio Santiago Galindo Galvão de Moura**

Graduanda de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: carolynemoura18.2@bahiana.edu.br

**Catarina Chaves Martins**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: catarina.martins@ufba.br

**Catarina Secundino Tavares de Araújo**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: catarina.secundino@ufba.br

**Catherine Conceição Martinez Garcia**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: catharinem\_garcia@hotmail.com

**Cléssia Regina Santana da Encarnação**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: clessia.regina@hotmail.com

**Daiane da Silva Pinto**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: daianesilvaufba@gmail.com

**Daniel Henrique Lins-Silva**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: daniel.lins@ufba.br

**Danielle Camargo Nunes Santos**

Graduanda de Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: daniellecns@ufba.br

**David Gallo Roiter**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: david.gallo@ufba.br

**Diego Lopes Paim Miranda**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: diegolpmiranda@hotmail.com

**Édson O'Dwyer Junior**

Médico pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialização em Ginecologia e Obstetrícia como médico residente do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES-UFBA) e como médico colaborador dos serviços de Ginecologia e de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP). Mestre em Assistência Materno Infantil pela UFBA e doutor (PhD) em Medicina e Saúde pela mesma instituição. É professor adjunto dos departamentos de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFBA, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e da Faculdade de Tecnologia e Ciências da Bahia (FTC).

E-mail: edsonodw@hotmail.com

**Eduardo José Farias Borges dos Reis**

Professor associado da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) no Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS). Graduado em Medicina pela FMB/UFBA, com residência médica em Medicina Preventiva e Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Saúde Comunitária pela UFBA. Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

E-mail: eduardofreis@uol.com.br

**Elias Soares Roseira**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: elias.soares@ufba.br

**Elvis Paim Ferreira**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: elvispaim23@gmail.com

**Érica Vieira Alcântara**

Bacharela Interdisciplinar em Saúde Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina Pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA).  
E-mail: erica.alcantara@ufba.br

**Estevão Toffoli Rodrigues**

Professor assistente do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Comunitária (UFBA).  
E-mail: estevaotoffoli@gmail.com

**Felipe Pinheiro Reis**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: felipepr@ufba.br

**Fernanda Hora Gomes de Sá**

Graduanda de Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: fernanda.hora@ufba.br

**Fernanda Lima Costa**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: fernandalc@ufba.br

**Filipe Azevedo Gomes dos Santos**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: filipe.azevedo1998@gmail.com

**Flávia Goreth da Silva Almeida**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: flavia.almeida19@hotmail.com

**Francipaulo Lemos de Aragão Brito**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: francipaulo.lemos@ufba.br

**Francisco Henrique Rosa Maia**

Médico formado pela Universidade Iguazu (RJ). Residente em Medicina do Trabalho pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: f.rosamaia@hotmail.com

**Gabriel Leitão de Souza dos Santos**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: gabriel.leitao@ufba.br

**Gabriel Martins Nogueira**

Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: gabrielnogueira18.2@bahiana.edu.br

**Gabriel Praxedes Freire**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: gabriel.praxedes@ufba.br

**Gabriel Souza Suzart**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: gabriel.suzart@ufba.br

**Gabriela Flor Martins**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: gabriela.flor@ufba.br

**Gardênia Ellen Almeida de Amorim**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: gardenia.ellen@ufba.br

**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

**Hagar Senhorinha de Almeida Maturino**

Farmacêutica pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Saúde Pública e Farmácia Hospitalar. Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

E-mail: hagar\_silva@hotmail.com

**Hortênsia Moraes dos Reis**

Graduanda de Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: hortensiamoraesr@gmail.com

**Igor Radel Ribeiro**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: igorrr@ufba.br

**Isabela Lôbo Duarte**

Graduanda em Medicina Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: isabeladuarte18.2@bahiana.edu.br

**Isabella Ferreira Dias**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: belladferreira@gmail.com

**Isabella Reis Vieira**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: isabellarv@ufba.br

**Isadora Lima Mesquita**

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

E-mail: isalmesquita@gmail.com

**Izabel Macêdo da Silva Neta**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: izabel.macedo11@hotmail.com

**Jacineide Pêpe França**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: jacipepe@gmail.com

**Jackson Teixeira Santos**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: j\_ac\_15@hotmail.com

**Jair de Souza Braga Filho**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: jair.braga@ufba.br

**Jarbas Carneiro Mota**

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) da UFBA.

E-mail: jarbascm@hotmail.com

**Jeane Brito Falcão**

Graduada em Medicina. Residência em Clínica Médica. Mestrado em Gastroenterologia. Especialização em Medicina do Trabalho. Pós- Graduação em Ergonomia.

E-mail: jeane.b.falcao@gmail.com

**Joanemile Pacheco de Figueiredo**

Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestra em Imunologia pela UFBA, especialista em Alergia e Imunologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP) e doutora em Imunologia pela UFBA. Professora assistente da UFBA e médica do Serviço de Alergia do Hospital Especializado Octávio Mangabeira.

**João Felipe Vasconcelos Anjos**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: joaofelipevasconcelos@gmail.com

**João Manuel Queiroz Santos**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: joaomanuelqsantos@gmail.com

**João Pedro Assunção**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: assuncaojp@gmail.com

**Jôbert Pôrto Florêncio**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: jobert.porto@ufba.br

**Julia Akemi Rodrigues Tomo**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: julia.tomo@ufba.br

**Júlia Barreto de Farias**

Graduanda de Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: julia.farias@ufba.br

**Juliana de Alencar Fontes**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: juliana.alencar@ufba.br

**Karina Gazzoni Serafim**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: karinagazzoni@hotmail.com

**Karoene Santos Azevedo**

Bacharela em Saúde Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

E-mail: karoene.azevedo@hotmail.com

**Lafaiete Ferreira Costa**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: lafaiete.lfc@hotmail.com

**Laís Gomes Santana Silva**

Professora do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

**Lara Moraes Torres**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: lara.moraes@ufba.br

**Larissa Neves da Paz**

Bacharela Interdisciplinar em Saúde Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

E-mail: neveslarissa@outlook.com.br

**Letícia Agnes de Araújo Lopes**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: leticia.agnes@ufba.br

**Lilian Carneiro de Carvalho**

Especialização em Medicina de Família e Comunidade e Acupuntura. Professora do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: lilianc2@yahoo.com

**Lívia Dórea Dantas Fernandes**

Mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Médica assistente do Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) e do Hospital Geral Roberto Santos. Membro titular da Federação Brasileira de Gastroenterologia.

E-mail: liviaddantas@gmail.com

**Lorenzo de Andrade Rosemberg Mendes**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: lorenzo.o@hotmail.com

**Luanna Silva Sande**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: luanna.sande@ufba.br

**Lucas Edington de Oliveira Carneiro**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: lucas.edington@ufba.br

**Luiz Filipe Vago Pereira**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: luiz.filippe@ufba.br



**Manuela Oliveira de Cerqueira Magalhães**

Graduada em Medicina pela Escola de Medicina e Saúde Pública – Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências. Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Mestra em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Saúde Pública com área de concentração em Epidemiologia pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA.

E-mail: manuelamagalhaes@guitzel.com.br

**Maria de Lourdes Brandão Mascarenhas**

Graduanda em Medicina União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME).

E-mail: maria.brandao.mascarenhas@hotmail.com

**Maria Luisa Passos Evangelista**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: marialpe@ufba.br

**Mariana Camelier Mascarenhas**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: mariana.camelier@ufba.br

**Mariana Souza Santos Oliveira**

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

E-mail: mari.sso64@gmail.com

**Marlon Ribeiro de Almeida Andrade**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: marlonraandrade@gmail.com

**Moisés Santana Oliveira**

Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: moisesoliveira17.2@bahiana.edu.br

**Mônica Andressa da Silva de Freitas**

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB). Graduanda em Medicina da UFRB.

E-mail: monicafreitas1994@gmail.com

**Mylena Cerqueira Pinheiro**

Graduanda de Medicina Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).  
E-mail: mylenapinheiro19.1@bahiana.edu.br

**Natália Ribeiro da Hora**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)  
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: nat\_hora@hotmail.com

**Nestor Carvalho Suzart**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)  
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: nestor.suzart@ufba.br

**Paula Dourado Sousa**

Graduanda em Medicina Centro Universitário UniFTC.  
E-mail: dourado.sousa@ftc.edu.br

**Paulo Gilvane Lopes Pena**

Médico. Especialista em Medicina do Trabalho. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
Doutor em Ciências Sociais pela École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) – Paris. Pós-doutorado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professor titular da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.  
E-mail: plpena@uol.com.br

**Pedro Antônio Pereira de Jesus**

Médico pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Residência em Clínica Médica Neurologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Mestre e doutor pela UFBA. Professor adjunto de Neuroanatomia da UFBA.  
E-mail: papj1704@hotmail.com

**Pedro Paulo Cordeiro Moura de Moraes**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)  
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: pedro.moura@ufba.br

**Pedro R. F. Resende**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: pedro.resende@ufba.br

**Pedro Sammuel Mota Souza**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: pedro.sammuel@ufba.br

**Rafaela Góes Bispo**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: rafagoes14@hotmail.com

**Raquel Rebouças Paiva**

Graduanda em Medicina na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: raquelpaiva18.1@bahiana.edu.br

**Renata Roseghini**

Mestre, curso de Biomedicina na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: rroseghini@bahiana.edu.br

**Roberta Clere da Silva Santana**

Bacharelada em Enfermagem pela Faculdade Tecnologia e Ciências (FTC).

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: robertaclere10@gmail.com

**Robson da Silva Avelino**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: ave.tgz@gmail.com

**Robson Santos dos Santos**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: robsonsantos.ejr@gmail.com

**Ronaldo Ribeiro Jacobina**

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor titular de Medicina Preventiva e Social (FMB-UFBA). Doutor em Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz). Presidente da Associação Bahiana de Medicina (ABM).

E-mail: rrjacobina@gmail.com

**Sabrina Schmitz Medeiros**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [sabrinasm1995@gmail.com](mailto:sabrinasm1995@gmail.com)

**Samille Santos Oliveira**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [samille.santos1997@gmail.com](mailto:samille.santos1997@gmail.com)

**Sandrine Cordeiro Miranda**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [sandrinecm15@gmail.com](mailto:sandrinecm15@gmail.com)

**Sumaia Boaventura André**

Professora titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Medicina e Saúde pela UFBA.

E-mail: [sumaiabr@ufba.br](mailto:sumaiabr@ufba.br)

**Taís Sousa Macêdo**

Graduanda em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: [taismacedo17.1@bahiana.edu.br](mailto:taismacedo17.1@bahiana.edu.br)

**Talita Tourinho Barbosa Martins**

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário UniFTC.

E-mail: [talitaturinho@gmail.com](mailto:talitaturinho@gmail.com)

**Tamires Cardoso de Castro Dourado**

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário UniFTC.

E-mail: [tami.dourado@gmail.com](mailto:tami.dourado@gmail.com)

**Thiago Aguiar Jesuíno**

Graduando de Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [jesuinothiago@gmail.com](mailto:jesuinothiago@gmail.com)

**Valdir dos Santos Júnior**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [valdir.junior@ufba.br](mailto:valdir.junior@ufba.br)

**Victor Oliveira Rocha**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)  
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: victorolirocha@gmail.com

**Vitor Queiroz de Castro Souza**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)  
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: vitorqcs@ufba.br

**Vitoria Rodriguez de Palmela Barroso Aguiar**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)  
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: vitoria.r.aguiar@gmail.com

**Yanna Maria Carneiro de Afonso**

Graduanda em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela Universidade  
Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: mariacarneiroafonso@outlook.com

**Yasmin Viana Guimarães Reis**

Graduanda de Medicina pelo Centro Universitário UniFTC.

E-mail: yasmin\_guimaraes13@hotmail.com



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 segundo livro da série de livros História da Medicina, produzido por estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), tem como público-alvo não apenas o público universitário, mas também os profissionais da saúde e todos aqueles que se sentirem instigados a conhecer um pouco mais sobre a história das seguintes especialidades clínicas e áreas da Medicina: Neurologia, Oncologia, Endocrinologia, Clínica Médica, Infectologia, Imunologia, Gastroenterologia, Cardiologia, Nefrologia, Psiquiatria, Medicina do Trabalho, Medicina Tropical, Dermatologia, Geriatria, Pediatria, Homeopatia, Medicina Natural e Acupuntura. Diferentemente de outras obras historiográficas sobre Medicina, este livro traz uma visão didática sobre o assunto, não só relacionado à história das especialidades, mas também a discussões e dilemas que permeiam cada um dos capítulos temáticos. O objetivo não é esgotar o tema, mas trazer como recorte principal a história de cada uma dessas especialidades relacionadas com a Bahia, com Salvador e com a primeira Faculdade de Medicina brasileira, a FMB. Convidamos o(a) leitor(a) para esta agradável e entusiasmante leitura e esperamos cativá-lo(a) para conhecer os demais livros da série História da Medicina.

ISBN 978-65-5630-405-2



9 786556 304052