UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

A BÍBLIA E AS DOENÇAS INFECCIOSAS: ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE PORTADORES DE TUBERCULOSE RESISTENTE E A PROVAÇÃO DA FÉ

NILMA MARIA PÔRTO DE FARIAS CORDEIRO DE MEDEIROS

JOÃO PESSOA
2022

NILMA MARIA PÔRTO DE FARIAS CORDEIRO DE MEDEIROS

A BÍBLIA E AS DOENÇAS INFECCIOSAS: ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE PORTADORES DE TUBERCULOSE RESISTENTE E A PROVAÇÃO DA FÉ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba (PPGCR/UFPB), como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências das Religiões.

Linha de Pesquisa: Espiritualidade e Saúde

Orientação: Prof. Dr. Fabrício Possebon

JOÃO PESSOA
2022

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M488b Medeiros, Nilma Maria Pôrto de Farias Cordeiro de.
A Bíblia e as doenças infecciosas : análise das narrativas dos portadores de tuberculose resistente e a provação da fé / Nilma Maria Pôrto de Farias Cordeiro de Medeiros. - João Pessoa, 2022.
247 f. : il.

Orientação: Fabrício Possebon.
Tese (Doutorado) - UFPB/CE.

1. Espiritualidade. 2. Saúde. 3. Infectocontagiosas. 4. Tuberculose. 5. Bíblia. I. Possebon, Fabrício. II. Título.

UFPB/BC CDU 2-584(043)

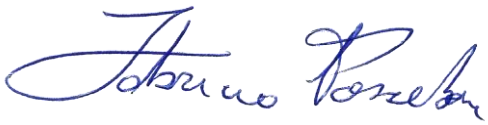
Elaborado por WALQUELINE DA SILVA ARAUJO - CRB-15/514

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

“A BÍBLIA E AS DOENÇAS INFECCIOSAS: ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE PORTADORES DE TUBERCULOSE RESISTENTE E A PROVAÇÃO DA FÉ.”

Nilma Maria Pôrto de Farias Cordeiro de Medeiros

Tese apresentada à banca examinadora formada pelos seguintes especialistas:



Fabrício Possebon
(Orientador)

Anne Jaquelyne Roque Barreto
(Membro-externo/UFPB)

Pablo Gomes de Miranda
(Membro-externo/UFPB)

Álvaro César Pestana
(Membro-externo/UNICAP)

Elisa Pereira Gonsalves
(Membro-interno/PPGCR)

Aprovada em 19 de maio de 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus o dom da vida e por todo o conhecimento que fui capaz de adquirir em todas as experiências vivenciadas até o momento.

Agradeço, especialmente, aos meus filhos Ana Clara e Lucas. Meus melhores projetos, por toda essa existência!

Ao meu companheiro, só por uma vida e ainda depois, Filipe, pela presença constante, amor, compreensão e crescimento mútuo.

Aos meus amados pais, José e Nivani, sempre exemplos de força, luta e resiliência. Amo, incondicionalmente.

Aos meus amados sogros, Nizardo e Graça, pelo carinho e apoios moral, emocional e científico.

Aos meus irmãos (Sandro, Alexsandro e Nizelba), cunhadas, sobrinhas e sobrinho/afilhado, pela compreensão, carinho e suporte.

Ao Prof. Fabrício Possebon, meu orientador nesse projeto inovador em minha trajetória acadêmica, pelo cuidado e apoio, extremamente necessários.

Aos professores do PPGCR que contribuíram, cada um ao seu modo, com os conhecimentos necessários à construção do meu caminho, enquanto pesquisadora, no campo das Ciências das Religiões.

Ao PPGCR/CE/UFPB pelo acolhimento do projeto e aos funcionários, sempre solícitos, pela competência no atendimento de nossas demandas acadêmicas.

Aos professores doutores - Anne Jaquelyne Roque Barrêto e Álvaro Cesar Pestana - pela primorosa leitura e exímia contribuição, na ocasião do exame de qualificação. Na composição da banca de defesa da tese somam-se os professores doutores Elisa Gonsalves e Pablo Miranda, aos quais antecipo meus agradecimentos pelas contribuições. Satisfação e alegria definem bem o meu sentimento de tê-los como primeiros leitores do meu texto.

Aos colegas discentes do PPGCR/UFPB, com os quais compartilhei momentos inenarráveis de aprendizado e gratidão.

Aos pacientes, portadores de tuberculose resistente, que se dispuseram a ajudar, mesmo diante de suas lutas pessoais, enriquecendo grandiosamente esse estudo.

À equipe multidisciplinar de atendimento ao portador de tuberculose do CHCF - Pneumologia Sanitária, pelo apoio e providência do encontro com os sujeitos da pesquisa. Aqui, registro a dedicação e o empenho dessa equipe, referenciando a Profa. Ma. Gerlânia Simplício

de Sousa, Pneumologista, e a enfermeira Lucia Maria Garcia, ambas guerreiras na causa da tuberculose.

À equipe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do CHCF, pela viabilização de acesso aos dados das notificações dos pacientes portadores de tuberculose resistente no estado da Paraíba e, assim, permitir a composição da população da pesquisa. Aqui, também, registro o capricho da enfermeira Alecsandra Bezerra Monteiro de Oliveira em sua labuta diária a frente do citado núcleo.

Aos colaboradores de um modo geral que, direta ou indiretamente, tenham contribuído para o desenvolvimento dessa pesquisa, em especial a Raquel Miranda Carmona, por seu apoio técnico.

Agradeço, com carinho filial, à minha primeira referência em pesquisa, quem segurou minha mão e mostrou-me a estrada do conhecimento, a qual tenho procurado trilhar com o mesmo brilho que vi em seu olhar: Lenilde Duarte de Sá (*in memoriam*).

Lenilde, que sua luz continue a brilhar e a iluminar a estrada do conhecimento.

Sou grata!

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus,
conforme nos moldamos ao longo do tempo. Só por Ti, Senhor!
À minha família,
pela força, paciência, suporte e ânimo. Não seria possível sem a participação de cada um de vocês.
À Lenilde (*in memorian*),
a luz que me iluminou no início da Academia.
À Academia,
um retorno pelo muito que me ensinou.
Aos adoecidos,
que pacientemente buscam a cura, sob meus cuidados ou não.

“A imaginação é a metade da doença.

A tranquilidade é a metade do remédio.

E a paciência é o primeiro passo para a cura.”

Abu Ali Huceine ibne Abdala ibne Sina,
conhecido como Ibn Sina ou Avicena (908-1037)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Teses disponíveis na BDTD, com os descritores: espiritualidade, religiosidade, religião e saúde (2017 - 2020).....38

Quadro 2 - Teses disponíveis na CAPES, com os descritores: espiritualidade, religiosidade, religião e saúde (2017 - 2020).....39

Quadro 3 - Artigos acadêmicos em língua estrangeira (inglês e espanhol) com os de descritores: espiritualidade, religiosidade, religião e saúde (2019 - 2022).....47

Quadro 4 - Lepra e furúnculos.....111

Quadro 5 - Gonorreia, afecções de pele, TB e peste.....112

Quadro 6 - Leitura e interpretação dos resultados da baciloscopia.....129

Quadro 7 - Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos).....132

Quadro 8 - Proporção de contatos examinados de casos novos de TB diagnosticados, segundo a Gerência Regional de Saúde na PB, 2020.....154

Quadro 9 - Pilares e componentes da estratégia para o fim da TB.....165

Quadro 10 - Pilares, estratégias e pressupostos de operacionalização do Plano Nacional pelo Fim da TB.....166

Quadro 11 - Composição dos sujeitos entrevistados.....181

Quadro 12 - O(A) senhor(a) tem fé?.....189

Quadro 13 - O que entende por fé?.....190

Quadro 14 - Qual a religião de formação/de escolha?.....191

Quadro 15 - Mudou de religião?.....192

Quadro 16 - Qual(ais) razão(ões) para a mudança?.....193

Quadro 17 - A mudança está relacionada a doença atual?.....194

Quadro 18 - Qual a visão da doença atual?.....196

Quadro 19 - Quanto à resistência e a necessidade de prolongar o tratamento, qual o seu pensamento sobre isso?.....198

Quadro 20 - Pratica alguma atividade ligada à espiritualidade e/ou religiosidade?.....201

Quadro 21 - A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar a doença?.....202

Quadro 22 - A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar o tratamento prolongado?.....204

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Coeficiente de incidência de TB geral no Brasil, 2011 a 2020.....149

Gráfico 2 - Coeficiente de incidência de TB na Paraíba por 100 mil hab., 2019 a 2020.....152

Gráfico 3 - Percentual de teste para diagnóstico de HIV realizados nos casos novos de TB e de coinfecção TB/HIV na PB, 2016 a 2020.....153

Gráfico 4 - Percentual de cura e abandono de TB na PB, 2016 a 2019.....163

Gráfico 5 - Distribuição por sexo dos casos de TBDR em tratamento/acompanhamento no CHCF/PB em 23/11/2021.....176

Gráfico 6 - Distribuição por idade dos casos de TBDR em tratamento/acompanhamento no CHCF/PB em 23/11/2021.....177

Gráfico 7 - Distribuição por padrão de resistência dos casos de TBDR em tratamento acompanhamento no CHCF/PB em 23/11/2021.....177

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sistemas de constituição do ser.....31

Figura 2 - As dimensões do Ser Integral.....32

Figura 3 - Algoritmo diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes baseado no TRM-TB.....130

Figura 4 - Estimativa do coeficiente de incidência de TB no mundo em 2019.....144

Figura 5 - Coeficiente de incidência de TB (por 100 mil hab.). Unidade Federada, 2020.....150

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Foto 1 - Robert Koch.....124

Foto 2 - Placa de inauguração do Sanatório Clementino Fraga.....167

Foto 3 - Placa de inauguração do pavilhão Henfil no CHCF.....169

Foto 4 - Placa de inauguração da reforma e ampliação do ambulatório do CHCF.....170

Foto 5 - Placa de inauguração do auditório do CHCF.....170

Foto 6 - Anexo "Nuno Henrique Maia Teixeira".....171

Foto 7 - Adequação de sala - Hospital Dia.....172

Foto 8 - Fernanda Benvenutty.....172

LISTA DE ABREVIATURAS DOS LIVROS BÍBLICOS

Gn - Gênesis
Ex - Êxodo
Lv - Levítico
Nm - Números
Dt - Deuteronômio
Sm - Samuel
Rs - Reis
Mb - Macabeus
Jó - Jó
Sl - Salmos
Pr - Provérbios
Is - Isaías
Jr - Jeremias
Ez - Ezequiel
Zc - Zacarias
Ml - Malaquias
Mt - Mateus
Mc - Marcos
Lc - Lucas
Jo - João
At - Atos dos Apóstolos
Rm - Romanos
Co - Coríntios
Cl - Colossenses
Tg - Tiago

LISTA DE SIGLAS

ADT - Atendimento Domiciliar Terapêutico

AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA)

APA - Associação Americana de Psiquiatria

AT - Antigo Testamento

BAAR - Bacilo álcool-ácido resistentes

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

BK - Bacilo de Koch

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CE - Centro de Educação

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CHCF - Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga

CMTB - Complexo *Mycobacterium tuberculosis*

CNCT - Campanha Nacional Contra a Tuberculose

CR - Ciências das Religiões

CR - *Coping* Religioso

CRM/PB - Conselho Regional de Medicina da Paraíba

CRP - *Coping* Religioso Positivo

DM1 - Diabetes Mellitus tipo 1

DOTS - "*Directly Observed Treatment of Short Term*" - Tratamento Diretamente Observado

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FAMENE - Faculdade de Medicina Nova Esperança

FAMESP - Faculdade Método de São Paulo

FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

FATB - Fármacos anti-tuberculose

FR - Fenomenologia da Religião

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

HULW - Hospital Universitário Lauro Wanderley

LACEN - Laboratório Central do Estado

MDR - Multidroga resistente

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MNT - Micobactéria não tuberculosa

MS - Ministério da Saúde

MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

MTC - Medicina Tradicional Chinesa

NEP - Núcleo de Extensão e Pesquisa

NT - Novo Testamento

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAHO - Pan American Health Organization

PAS - Ácido Paraminossalicílico

PB - Paraíba

PICs - Práticas Integrativas e Complementares

PNCT- Programa Nacional de Controle de Tuberculose

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PPGCR - Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões

PUC-PR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná

PUC-SP - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PVHIV - Pessoas vivendo com HIV/Aids

QV - Qualidade de Vida

RH - Rifampicina/Isoniazida

RHZE - Rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Etambutol

RO - Religiosidade Organizacional

RP - Reabilitação Pulmonar

SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* - Síndrome Respiratória Aguda Grave pelo Coronavirus 2

SES/PB - Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SITE-TB - Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose

SNT - Serviço Nacional de Tuberculose

SUAS - Secretaria Nacional de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TARV - Terapia antirretroviral

TB - Tuberculose

TBDR - Tuberculose drogarresistente

TBMDR - Tuberculose multidroga resistente

TBPR - Tuberculose polirresistente

TBRR - Tuberculose resistente à rifampicina

TBXDR - Tuberculose extensivamente drogarresistente

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO - Tratamento Diretamente Observado

TEB - Tradução Ecumênica da Bíblia

TRM-TB - Teste rápido molecular para tuberculose

UFCE - Universidade Federal do Ceará

UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UFRS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFTM - Universidade do Triângulo Mineiro

UnB - Universidade de Brasília

UNESP - Universidade Estadual Paulista

UNICAP - Universidade Católica de Pernambuco

WHO - *World Health Organization* - Organização Mundial de Saúde

RESUMO

Trata-se de um estudo que entrelaça os saberes médicos com a leitura da Bíblia Cristã, segundo os textos contidos nas versões: Bíblia de Jerusalém (2016); Bíblia do Peregrino (2017) e a Tradução Ecumênica da Bíblia (2020). Essa investigação, na linha de Espiritualidade e Saúde, justificou-se na área das Ciências das Religiões que, em sua multidisciplinaridade, permite um "link" entre o religioso/espiritual e o científico, favorecendo o desempenho profissional na prática de uma Medicina que compreende o Ser Integral e suas dimensões. De modo geral, objetivamos analisar, à luz da Fenomenologia da Religião, as narrativas de pacientes portadores de tuberculose (TB) resistente e a provação da fé; e, especificamente, identificar as possíveis doenças infecciosas nos textos sagrados cristãos do Pentateuco das citadas traduções, evidenciando os desfechos de TB; comparar as narrativas bíblicas nas quais a TB foi referenciada; apresentar a TB enquanto doença globalizada e em sua localidade; referenciar o papel histórico do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF) no acolhimento e tratamento desses pacientes; registrar como a religiosidade/espiritualidade interfere no enfrentamento do processo saúde-doença. A metodologia escolhida foi o modelo qualitativo, com abordagem fenomenológica. Inicialmente, catalogamos algumas doenças, possivelmente infecciosas, no Pentateuco, destacando-se a TB em Levítico 26.16 e Deuteronômio 28.22, permitindo aprofundar o estudo direcionado a essa enfermidade através da utilização de questionários semiestruturados e entrevistas gravadas. Os critérios de inclusão foram pacientes adultos, com diagnóstico de TB resistente e em tratamento/acompanhamento no CHCF. Os sujeitos foram identificados através de levantamento no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da TB, em 23 de novembro de 2021, totalizando 17 pessoas. A composição desses sujeitos, em sua maioria, foi do sexo masculino, idade entre 19 e 65 anos, procedente de João Pessoa/PB e padrão de resistência tipo TB resistente à rifampicina. Quanto aos fatores favorecedores de resistência, uso de álcool, histórico de abandono prévio ao tratamento e coinfecção com HIV estiveram presentes, mas em menor proporção. Desses, foi possível entrevistar cinco em vistas ao contexto pandêmico pelo qual vem passando a instituição. Diante de suas narrativas, elencamos, por meio das categorias fé, doença e enfrentamento, a percepção que esses entrevistados possuem quando confrontados a respeito de sua religiosidade/espiritualidade no contexto da TB, identificando momentos/situações que possuem/possuíram conexões e/ou aproximações com as narrativas bíblicas do Pentateuco. Por outro lado, destacamos que a espiritualidade/religiosidade: tende a promover uma atitude de resiliência; a colaborar com a organização da vida diária desses adoecidos e para que assuma sua condição de pessoa que precisa de cuidado; e a importância da constituição de uma rede de apoio no intuito de gerar autoconfiança. Em acréscimo, recomendamos aos gestores dos serviços de saúde e das unidades que atendem aos portadores de TB que fomentem a organização de grupos de apoio por meio das práticas integrativas e complementares. Esses itens tendem a impactar diretamente na adesão ao tratamento.

Palavras-chaves: Espiritualidade. Saúde. Infectocontagiosas. Tuberculose. Bíblia.

RESUMEN

Se trata de un estudio que entrelaza el conocimiento médico con la lectura de la Biblia cristiana, según los textos contenidos en las versiones: Biblia de Jerusalén (2016); La Biblia del Peregrino (2017) y la Traducción Ecuménica de la Biblia (2020). Esta investigación, en la línea de Espiritualidad y Salud, se justificó en el área de Ciencias de las Religiones que, en su carácter multidisciplinario, permite un "vínculo" entre lo religioso/espiritual y lo científico, favoreciendo el desempeño profesional en la práctica de una Medicina que comprende el Ser Integral y sus dimensiones. En general, nos proponemos analizar, a la luz de la Fenomenología de la Religión, las narrativas de los pacientes con tuberculosis (TB) resistente y la prueba de fe; y, específicamente, identificar las posibles enfermedades infecciosas en los textos sagrados cristianos del Pentateuco de las traducciones citadas, evidenciando los desenlaces de TB; comparar las narraciones bíblicas en las que se hace referencia a la TB; presentar la TB como una enfermedad globalizada y en su localidad; hacen referencia al papel histórico del Complejo Hospitalario de Enfermedades Infecciosas y Contagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF) en la acogida y tratamiento de estos pacientes; registrar cómo la religiosidad/espiritualidad interfiere en el enfrentamiento del proceso salud-enfermedad. La metodología elegida fue el modelo cualitativo, con enfoque fenomenológico. Inicialmente, catalogamos algunas enfermedades, posiblemente infecciosas, en el Pentateuco, destacando la TB en Levítico 26.16 y Deuteronomio 28.22, lo que permitió profundizar el estudio dirigido a esta enfermedad mediante el uso de cuestionarios semiestructurados y entrevistas grabadas. Los criterios de inclusión fueron pacientes adultos con diagnóstico de TB resistente y en tratamiento/seguimiento en el CHCF. Los sujetos fueron identificados a través de una encuesta en el Sistema de Información de Tratamientos Especiales de TB, el 23 de noviembre de 2021, totalizando 17 personas. La composición de esos sujetos, en su mayoría, era del sexo masculino, con edad entre 19 y 65 años, provenientes de João Pessoa/PB y patrón de resistencia de TB tipo resistente a rifampicina. En cuanto a los factores que favorecen la resistencia, el consumo de alcohol, el antecedente de abandono previo al tratamiento y la coinfección por el VIH estuvieron presentes, pero en menor medida. De estos, fue posible entrevistar a cinco en vista del contexto de pandemia por el que ha venido atravesando la institución. A la vista de sus narrativas, enumeramos, a través de las categorías fe, enfermedad y afrontamiento, la percepción que estos entrevistados tienen cuando son confrontados sobre su religiosidad/espiritualidad en el contexto de la TB, identificando momentos/situaciones que tienen/tuvieron conexiones y/o aproximaciones con las narraciones bíblicas del Pentateuco. Por otro lado, destacamos que la espiritualidad/religiosidad: tiende a promover una actitud de resiliencia; colaborar con la organización de la vida cotidiana de estos pacientes y que asuman su condición de persona que necesita cuidados; y la importancia de establecer una red de apoyo para generar confianza en uno mismo. Además, recomendamos que los gestores de los servicios y unidades de salud que atienden a pacientes con TB fomenten la organización de grupos de apoyo a través de prácticas integradoras y complementarias. Estos ítems tienden a tener un impacto directo en la adherencia al tratamiento.

Palabras-claves: Espiritualidad. Salud. Infecciosas. Tuberculosis. Biblia

ABSTRACT

This is a study that intertwines medical knowledge with the reading of the Christian Bible, according to the texts contained in the versions: Jerusalem Bible (2016); Pilgrim's Bible (2017) and the Ecumenical Translation of the Bible (2020). This investigation, in the line of Spirituality and Health, was justified in Sciences of Religions which, in its multidisciplinary nature, allows a link between the religious/spiritual and the scientific, favouring professional performance in the practice of a Medicine that comprises the Integral Being and its dimensions. In general, we aim to analyse, in the light of the Phenomenology of Religion, the narratives of patients with resistant tuberculosis (TB) and the test of faith; and, specifically, to identify the possible infectious diseases in the Christian sacred texts of the Pentateuch of the cited translations, evidencing the TB outcomes; to compare the biblical narratives in which TB was referenced; to present TB as a globalized disease and in its locality; reference the historical role of the Hospital Complex for Infectious and Contagious Diseases Dr. Clementino Fraga (CHCF) in welcoming and treating these patients; register how religiosity/spirituality interferes in coping with the health-disease process. The methodology chosen was the qualitative model, with a phenomenological approach. Initially, we catalogued some diseases, possibly infectious, in the Pentateuch, highlighting TB in Leviticus 26.16 and Deuteronomy 28.22, allowing to deepen the study directed to this disease using semi-structured questionnaires and recorded interviews. Inclusion criteria were adult patients diagnosed with resistant TB and undergoing treatment/follow-up at the CHCF. The subjects were identified through a survey in the TB Special Treatments Information System, on November 23, 2021, totalling 17 people. The composition of these subjects, for the most part, was male, aged between 19 and 65 years, coming from João Pessoa/PB and rifampicin-resistant TB resistance pattern type. As for the factors favouring resistance, alcohol use, history of abandonment prior to treatment and HIV coinfection were present, but to a lesser extent. Of these, it was possible to interview five in view of the pandemic context through which the institution has been going. In view of their narratives, we list, through the categories faith, disease and coping, the perception that these interviewees have when confronted about their religiosity/spirituality in the context of TB, identifying moments/situations that have/had connections and/or approximations with the biblical narratives of the Pentateuch. On the other hand, we emphasize that spirituality/religiosity: tends to promote an attitude of resilience; to collaborate with the organization of the daily life of these sick people and for them to assume their condition as a person who needs care; and the importance of establishing a support network in order to generate self-confidence. In addition, we recommend that managers of health services and units that serve TB patients encourage the organization of support groups through integrative and complementary practices. These items tend to have a direct impact on treatment adherence.

Keyworks: Spirituality. Health. Infectious diseases. Tuberculosis. Bible.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 23

CAPÍTULO I - A TESSITURA DE UMA PESQUISA EM ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: CONHECENDO O SER INTEGRAL 30

1.1 O âmbito da pesquisa 35

1.2 Religião, espiritualidade e fé 52

1.3 Os olhares da pesquisa qualitativa e fenomenológica em Ciências das Religiões nos estudos das 'escrituras' 60

1.4 Os procedimentos, técnicos, analíticos e éticos 67

1.4.1 Local do estudo 67

1.4.2 População da pesquisa 68

1.4.3 Critérios de inclusão /exclusão 69

1.4.4 Procedimentos técnicos e analíticos 70

1.4.5 Procedimentos éticos 71

CAPÍTULO II – A MEDICINA E OS SABERES TRADICIONAIS 73

2.1 Breve histórico da Medicina 73

2.2 Práticas e saberes médicos em confronto no Brasil 82

CAPÍTULO III – A BÍBLIA E AS DOENÇAS INFECCIOSAS: ANÁLISE DAS NARRATIVAS DOS TEXTOS TRADUZIDOS 94

3.1 Um olhar teológico para um breve relato de cura das doenças infecciosas nas narrativas bíblicas 101

3.2 As traduções bíblicas e as doenças infecciosas 109

3.3 A tuberculose na Bíblia 118

CAPÍTULO IV – A QUESTÃO DA TUBERCULOSE 124

4.1 Breve histórico 132

4.2 A tuberculose do contexto mundial ao local 142

4.3 O abandono do tratamento e a questão da resistência 155

4.4 O Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga - CHCF 166

CAPÍTULO V - AS NARRATIVAS DE PORTADORES DE TUBERCULOSE RESISTENTE E A PROVAÇÃO DA FÉ 175
5.1 A espiritualidade no enfretamento da tuberculose 183
5.2 Análise das narrativas 187
5.2.1 Fé 189
5.2.2 Doença 195
5.2.3 Enfrentamento 200

CONSIDERAÇÕES FINAIS 206

REFERÊNCIAS 214

ANEXO I - QUESTIONÁRIO PARA A COLETA DE DADOS 227
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 229
ANEXO III - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA 231
ANEXO IV - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 232
ANEXO V - ENTREVISTAS TRANSCRITAS 235

APRESENTAÇÃO

> [...] então, eis o que farei: Mobilizarei contra vós, para apavorar-vos, o definhamento (tísica[1]) e a febre, que esgotam a vista e acabam com a vida. Fareis em vão vossas semeaduras, serão vossos inimigos que se alimentarão delas (LEVÍTICO 26.16).

Este texto registra os resultados da pesquisa de doutorado executada no Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões (PPGCR), vinculado ao Centro de Educação (CE) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A referida pesquisa trata da provação da fé diante do adoecimento pela tuberculose (TB) resistente enquanto objeto discursivo, para tanto buscou-se ouvir os relatos de portadores dessa doença no contexto de sua espiritualidade/religiosidade. Está inserida na área de concentração denominada *Ciências Sociais* das *Religiões, Educação e Saúde*, na linha de pesquisa intitulada *Espiritualidade e Saúde*. Como resultado dessa busca, por meio dos termos Ciência(s) da(s) Religião(ões), Bíblia, espiritualidade e tuberculose, no painel de informações quantitativas de teses e dissertações, do Banco de Teses da Capes, identificamos que não há pesquisas executadas com essa temática no campo da(s) Ciência(s)da(s) Religião(ões).

Todavia, até onde foi possível observar, outros textos foram localizados, onde tais termos ocorrem de forma fragmentada, ou seja, abordados isoladamente e não em único estudo. Nesse contexto, este é o primeiro estudo que objetiva identificar e discutir, por meio de relatos de pessoas portadoras de TB resistente, sendo essa uma doença bíblica e, portanto, o cunho religioso, a força da fé e a importância da espiritualidade/religiosidade no enfrentamento da doença são disposições pertinentes. Assim, trata-se de uma pesquisa que figura como inovadora, trazendo na sua feitura contribuições significativas, tanto nas esferas social e acadêmica, quanto do ponto de vista de tratamento adjuvante da doença, apresentando à sociedade e à gestão de serviços de saúde a importância do suporte espiritual/religioso no enfrentamento da TB resistente.

Apresenta-se de início uma breve descrição das vivências pessoais e profissionais que condicionaram essa investigação e escolha da temática - a Bíblia e as doenças infecciosas, em

[1] Tísica - uma referência ao termo que remete à TB e que é variável, de acordo com a tradução dos textos bíblicos.

especial a TB, as inquietações e motivações que a impulsionaram como objeto de observação e análise. Em seguida, iniciam-se os temas desenvolvidos por outros pesquisadores e que possuem relação direta com a temática; a problemática que envolve a TB e que estimulou e possibilitou a produção desta pesquisa; os objetivos deste estudo; as suas principais contribuições, os resultados e o modo como o conteúdo resultante foi organizado e distribuído em capítulos. Antes de densificar a justificativa do estudo, é pertinente traçar um breve relato de vida, que permitiu/favoreceu/contribuiu para chegar ao objeto do estudo.

Em 2004, com o trabalho no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF), local de trabalho intenso de amor pela vida e, também, de idas e vindas (que fique registrado o fato de que foi necessário deixar de trabalhar lá por duas vezes, mas o amor responsabilizou-se pelo retorno). Nessa época, o CHCF destinava-se ao atendimento de pessoas portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da *Acquired Immunodeficiency Syndrome*[2] - Aids, hanseníase e TB, o que possibilitou um contato mais estreito e, praticamente, diário com essas pessoas adoecidas. Dessa forma, a prática clínica no âmbito da Infectologia foi fortalecida.

Em 2008, o nascimento da primeira filha - Ana Clara - e em 2009 a mudança para Marabá, estado do Pará, constituíram-se quase dois anos de uma realidade completamente diferente, absurdamente dessemelhante, de tudo que já fora vivido até então. Na prova, um pouco de tudo: portas fechadas, portas abertas, violências, estradas, fazendas imensas, manifestações intensas do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), o monumento em atenção ao massacre ocorrido em Eldorado dos Carajás/PA (tragédia sucedida em 17 de abril de 1996), saúde pública precária, o poder do ter, bons amigos, amigos falsos, culinária espetacular, o exercício da fé e da esperança... Enfim, muitas experiências de vida. Foram numerosas as dificuldades e o retorno à casa paterna aconteceu em 2010.

Entre 2010 e 2013 o período da reinvenção: melhorar-se pessoal e profissionalmente com o objetivo de reerguer-se. Em 2010, período de retorno ao CHCF, um local de especial acolhida com braços abertos e para o qual há uma carinhosa dedicação filial. Também em 2010, foi o ingresso na docência de Infectologia no curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), que permanece até os dias atuais. Durante o período de 2011 a 2013, a realização de uma pós-graduação - MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção em Recife/PE, pela Faculdade Método de São Paulo (FAMESP), permitiu o trabalho

[2] Síndrome da imunodeficiência adquirida.

no controle de infecção em outros hospitais da capital. Entretanto, a docência pedia mais dedicação e, assim, essa atividade teve que ser encerrada a partir de 2015.

Em 2013, um marco acadêmico muito importante veio com a aprovação na seleção no Mestrado em Medicina Tropical na Universidade Federal de Pernambuco e, por conseguinte, a defesa da dissertação, intitulada *Caracterização da Tuberculose Resistente no Estado da Paraíba entre 2003 e 2013*, no início de 2015, durante a gravidez do segundo filho - Lucas, que nasceu nesse mesmo ano. O trabalho desenvolvido objetivou verificar a prevalência de resistência do *Mycobacterium tuberculosis* aos fármacos do esquema de primeira linha do tratamento da TB e a frequência de fatores de risco (sexo, idade, tratamento prévio e ingesta alcóolica) em pacientes adultos com diagnóstico de TB pulmonar resistente, atendidos em serviço de referência na Paraíba (PB) durante o período de 01 de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2013.

Os resultados evidenciaram 69 casos de TB pulmonar resistente, com prevalência de 0,5%. Evidenciou-se 17,4% de mono, 14,5% de poli e 68,1% de multirresistência. Os casos caracterizaram-se como: sexo masculino (73,9%), faixa etária de 33-47 anos (50,8%), tratamento prévio (98,5%), ingesta de álcool (57,4%), cura (44,9%), cor da pele parda (68,5%), casado (50,9%), nível educacional até o ensino fundamental completo (67,3%) e procedente do interior da PB (78,2%). A coinfecção com HIV/AIDS ocorreu em 14,5%. Esses resultados apontaram uma prevalência baixa e uniforme, com destaque para a resistência à isoniazida e o alto índice de multirresistência. Os fatores de risco elencados corroboram com os descritos em literatura como favorecedores de resistência, mas não foram estatisticamente significantes.

O surgimento de resistência ao tratamento específico da TB passa pela falta de adesão, conforme identificado nesse estudo. Assim, ao rememorar a citada dissertação, é possível refletir sobre esses pacientes e em como melhorar a questão do abandono do tratamento, evitando o surgimento de novos casos de resistência micobacteriana ao tratamento de primeira linha. Entre os mundos científicos da Medicina e das Ciências das Religiões (CR) pode ser vista uma possibilidade de tratamento adjuvante através do fortalecimento da espiritualidade, ponto que se pretende abordar e discutir nesse texto.

Quanto ao seguimento dos estudos na mesma linha de pesquisa, não foi possível a continuação do doutorado, pois a natureza materna não permitiu, haja vista a necessidade de estar junto aos filhos, especialmente o menor, além do fato de ser em outra cidade tornou ainda mais inviável. Os planos foram adiados, mas o desejo de aprimoramento científico permaneceu.

Em 2015 vieram as promessas e os empregos. A aprovação nos concursos da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e da UFPB para as vagas de infectologista da Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e professora de Infectologia do Departamento de Promoção da Saúde no Centro de Ciências Médicas da UFPB. Uma das condições da docência no Ensino Superior é a atuação mais efetiva em pesquisas, assim como, mais títulos, o que justificou a busca por um doutorado, ocasião na qual o PPGCR destacou-se. Mas, o que poderia ser alvo de estudo nessa área? Inicialmente, pela complexidade que envolve as Ciências das Religiões e a divergência da prática laborativa, foi necessário adiar esse sonho, mais uma vez, e esperar os filhos crescerem mais um pouco.

Em 2018, em conversa informal, uma querida amiga - Francisca, a quem chamamos carinhosamente de Tininha, também infectologista, falou estar cursando, como aluna especial, a citada pós-graduação. Falou tão bem do curso, de como estava se sentindo melhor e como as aulas a estavam ajudando no atendimento aos pacientes que a curiosidade e a empolgação foram as companheiras iniciais dessa empreitada. Mas, qual trabalho desenvolver? Então, a lembrança de estudar as doenças infecciosas na Bíblia que rendeu um comentário sobre tal pesquisa com a Prof[a.] Lenilde Duarte de Sá, ocasião na qual ela comentou que daria um belíssimo trabalho. Assim, seria como diz um adágio popular, "unir o útil ao agradável", o que se manifestava como um momento oportuno.

Da seleção à matrícula, o início das aulas, as expectativas, além da ansiedade foram companheiras, sobretudo para ver se era possível acompanhar. Na primeira aula, com a disciplina da Prof[a.] Dilaine - Ciências das Religiões (CR), ficou bastante claro as questões de densidade e a amplitude da temática, o que foi assustador e rendeu um questionamento avassalador: *Deus, o que se pode fazer aqui? Será possível? É muito diferente*. Mas, como que respondendo à essa dúvida, a Prof[a.] Dilaine faz um comentário sobre a Prof[a.] Lenilde (a mesma que abriu a primeira porta da pesquisa em direção à estrada do conhecimento), portanto a dúvida cessou. *É possível! Esse é o lugar no qual deveria estar*.

Nesse entendimento, desde 2018 o doutorado em CR tem se constituído um horizonte alargado de conhecimento, inclusive permitindo o aprendizado sobre outras religiões, conhecendo suas dinâmicas e, especialmente, entendendo e respeitando a diversidade religiosa. É uma trajetória repleta de conhecimento inédito para boa parte daquele ambiente laboral vivido, até religião que nem sabia da existência, como o Xintoísmo, por exemplo. Grandes foram as lições apreendidas e que são aplicadas no cotidiano. Desde o respeito à vida, por mais

simples que possa parecer, como uma formiga, passando pelo crescimento espiritual e o fortalecimento da virtude da gratidão.

As lições devem ser repassadas e não represadas e, assim, tornar-se multiplicadora do bem, da gratidão, do respeito, da empatia e de tantos outros conceitos desenvolvidos e trabalhados nesse período foi mais uma condição somada à prática laboral. Saliente-se que, estudar Ciências das Religiões na sua intercessão com a Medicina, principalmente na sua face com as doenças infecciosas, continua a desafiar e causar ansiedade e, nesse momento que fique registrada a certeza na fala da amiga Francisca Kiguti sobre o PPGCR e as aulas: "lições de vida". Outro registro é a importância da formação recebida que vai subsidiar, continuamente, a prática docente no âmbito das Ciências Médicas, fazendo uma interseção de conceitos, com a finalidade de um melhor bem-estar ao paciente atendido.

No final de 2019, uma nova doença na China, a covid-19, se propagou por todo o mundo, chegando ao Brasil e a nossa PB, o que se efetivou em março de 2020. Assim, os profissionais de saúde, em particular no âmbito da infectologia, sofreram um impacto ainda maior no trabalho, uma vez que foram solicitados e, desde então, as pessoas portadoras de covid-19 tem recebido a maior atenção. Trabalhar na linha de frente nessa pandemia foi um risco; pois, favoreceu a exposição ao vírus e, consequentemente, a possibilidade de contaminar-se. Dessa forma, como parte dos profissionais de saúde da linha de frente que se contaminaram, a infecção pelo Sars Cov2 tornou-se uma realidade em janeiro de 2021, mesmo com todo o rigor das precauções e barreiras sanitárias observadas. Desenvolvi um quadro clínico leve e a recuperação ocorreu sem que esse adoecimento provocasse a contaminação de outras pessoas. Sequelas? Talvez. *A posteriori* descobri um distúrbio na tireoide que inexistia. Relação com a covid-19? As pesquisas científicas futuras, acredito, elucidarão. Não é fácil, foram muitas perdas entre os profissionais de saúde, só para constar o estado de tensão que se instalou no ambiente laboral.

Essa pandemia trouxe repercussões para todos, indistintamente. Pessoalmente e de modo particular no que diz respeito a execução da pesquisa inicialmente proposta; pois, desde 2019, o CHCF é referência para o atendimento de pessoas portadores dessa doença. Assim, necessário se fez uma adequação à realidade existente e já não havia o atendimento apenas aos pacientes da "casa", como os portadores de TB, mas a um número crescente de infectados por covid-19. Portanto, nesse contexto, atuante na infectologia e pesquisa, o desejo de estudar as doenças infecciosas descritas na Bíblia pedia uma formalização de um estudo exequível nesse cenário e, ao mesmo tempo, que trouxesse benefícios na aplicação da prática médica.

Em meio a essa inquietude, a necessidade de reflexão e produção de resposta(s) para uma pergunta formulada, muitas vezes de cunho próprio, outras, pelas pessoas próximas, aquelas das relações pessoais e profissionais, que justificasse essa tomada de decisão que significaria o encontro do objeto e a sua pertinência na linha de Espiritualidade e Saúde. De onde vem esse interesse em estudar a TB como doença bíblica? Essa condição reflexiva e a busca por colmatar algumas lacunas, ampliam o entendimento da espiritualidade/religiosidade no processo de enfrentamento da doença e na prática médica de infectologia numa soma de valores como: empatia, equidade e alteridade; bem como, compreender a presença de doenças já na Antiguidade, descritas no texto bíblico. Condição que une o envolvimento religioso, a compreensão da espiritualidade e acrescenta valor à prática médica nos dias contemporâneos.

A partir do ponto de vista clínico e mediante a persistência da TB, importa avaliar o impacto que a espiritualidade e a fé, ou mesmo a sua ausência, possam ter sobre a saúde física e mental de pessoas acometidas de TB resistente, aproximando-os ou afastando-os do tratamento, que esse contexto fundamenta, inclusive, a resistência ao tratamento. Embora muitos outros estudos se tornem necessários para afirmar, de maneira contundente, que espiritualidade e fé sejam caminhos para modificar o curso das doenças, é sensível o número daqueles que consolidam a atuação da espiritualidade na saúde como condição de melhor qualidade de vida e do propósito de viver. A partir desse lugar e respeitando a capilaridade das suas fronteiras multidisciplinares, justifica-se a opção por CR.

Das doenças infecciosas citadas nos textos bíblicos, a eleição da TB resistente com uma abordagem das Ciências da Religiões, aconteceu pela necessidade em manter uma certa sequência entre as pesquisas do mestrado e do doutorado. Nesse momento, apresenta-se como objetivo geral: analisar as narrativas de portadores de TB resistente e a provação da fé. Para os objetivos específicos, buscou-se: identificar nas narrativas bíblicas do Pentateuco das traduções - *Bíblia do Peregrino* (2017), *Bíblia de Jerusalém* (2016) e a *Tradução Ecumênica da Bíblia* - (TEB) (2020), os episódios de possíveis doenças infecciosas, evidenciando os desfechos de TB; comparar as narrativas bíblicas, nas quais a TB está referenciada nas traduções elencadas; apresentar a TB enquanto doença globalizada e em sua localidade; referenciar o papel histórico do CHCF no acolhimento e tratamento desses pacientes; além de registrar como a espiritualidade/religiosidade interfere no enfrentamento do processo saúde-doença a partir das narrativas dos paciente portadores de TB resistente.

Para efeitos de sistematização, essa tese possui cinco capítulos. No capítulo inicial – *A tessitura de uma pesquisa em Espiritualidade e Saúde: conhecendo o Ser Integral*, apresenta-

se o encontro do objeto e as terminologias das Ciências das Religiões; o 'estado da arte', o marco teórico e a metodologia utilizada, além dos instrumentos e procedimentos pertinentes desse estudo. No capítulo segundo – *A Medicina e os saberes tradicionais*, traça-se um breve histórico sobre as interseções entre as áreas e faz-se um debate acerca das práticas e saberes médicos em confronto no Brasil. No terceiro capítulo – A *Bíblia e as doenças infecciosas: análise das narrativas dos textos traduzidos*, para além do relato sobre as narrativas bíblicas com episódios de possíveis doenças infecciosas, em especial à TB, mostra-se uma análise comparativa entre as traduções. No quarto capítulo, denominado *A questão da tuberculose*, a abordagem vai contemplar um breve histórico da TB, do contexto global ao local, como um problema de saúde pública mundial, incluindo o papel histórico do CHCF e discutir sobre o abandono ao tratamento e o surgimento de resistência. Nesse capítulo, trazem-se os termos espiritualidade e saúde, no processo saúde-doença, para o enfrentamento da TB resistente e no resgate do abandono ao tratamento. No quinto e último capítulo – *As narrativas de portadores de TB resistente e a provação da fé*, contamos com as falas dos sujeitos da pesquisa e os relatos que evidenciam suas anuências, assim como suas histórias de vida enquanto portadores de TB resistente, o enfrentamento dessa doença e o papel da fé, trabalhando-se a seleção e análise desses discursos, categorizando-os de acordo com suas declarações, além dos resultados. Por fim, as considerações finais.

Dessa forma, apresenta-se aos caríssimos leitores uma doença milenar, com tratamento específico efetivo, mas que tem atravessado os séculos e perdura até hoje, causando transtornos em vários aspectos aos acometidos e, por vezes, com desfecho fatal. Nesse passeio textual, aponta-se uma interseção entre ciência e religião, ou seja, uma doença citada na Bíblia para se discutir os aspectos espirituais no seu enfrentamento.

CAPÍTULO I - A TESSITURA DE UMA PESQUISA EM ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: CONHECENDO O SER INTEGRAL

> Na obra *Sobre a natureza do homem*, Hipócrates desenvolve a teoria dos quatro humores e a sua relação com saúde/doença: "o corpo do homem tem em si sangue, fleuma, bílis amarela e negra, e esta é a natureza (*physis*) do corpo dele e por meio dela tem doença e tem saúde". Comenta ainda o erro daqueles que "vendo os homens sendo degolados e o sangue escorrendo do corpo chamam ser isto a alma (psykhé) do homem" (POSSEBON, 2017, p. 25).

Para iniciar um ensaio sobre espiritualidade e saúde, Possebon (2017) traz a experiência grega arcaica no entendimento da Constituição do Ser (*soma - pneuma - psykhé*) para desfazer equívocos, e nessa trajetória estabelece um diálogo a partir da obra de Hipócrates (460-370 a.C.) *Corpus Hippocraticum* que possui cerca de setenta livros. O autor escolheu três, embora *Sobre a natureza do homem* é o que se apresenta na epígrafe deste capítulo, uma vez que analogamente também se pretende esclarecer o engano que, por vezes, é cometido ao estudar a Bíblia como 'sagradas escrituras', uma questão abordada mais adiante.

A pesquisa sobre espiritualidade possui uma necessidade intrínseca de trazer observações importantes na Constituição do Ser; portanto, os estudos de Franz Alexander (1989) ao referir-se à Medicina Psicossomática e Fabrício Possebon (2017) ao se remeter à temática a partir da tradição grega arcaica, que é o lugar no qual situa as questões referentes a conceituação de espiritualidade e saúde. Esse entrelaçamento vai servir, principalmente, ao propósito da discussão sobre as narrativas da fé, quando será apresentada a pesquisa por meio da fala dos sujeitos sobre o adoecimento e o enfretamento das doenças em busca de saúde. No contexto do adoecer, Alexander (1989, p. 19) apresenta os fatores emocionais como condição de adoecimento, porque "[...] o paciente como um ser humano com preocupações, temores, esperanças e desesperos, como um todo indivisível e não apenas como um portador de órgãos - de um estômago ou fígado doente - está se tornando o objeto legítimo do interesse médico".

A preocupação de Alexander (1989) é seguida de uma crítica a um modelo de medicina que mediante a prática medieval que associava tudo ao sobrenatural, tratando a doença como a ação de um espírito maléfico recorria a exorcismos e tratamentos duvidosos, entretanto, o efeito polarizado foi a intolerância a tudo que remetesse ao místico, mágico e espiritual, criando a partir de então, um modelo sistemático que dividiu o homem em partes. Ao dialogar com essa temática, Possebon (2017) vai buscar no *Corpus Hippocraticum* a complexidade dessas partes que juntas vão compor o Ser Integral, bem como compreender que o misticismo charlatão já era combatido pelo próprio Hipócrates, restando para a espiritualidade grega arcaica, o modelo de uma prática médica holística que considera a pluridimensionalidade do Ser.

Assim, o autor compreende espiritualidade grega arcaica, como a "[…] maneira como este homem primitivo se colocava no mundo, entendendo-se pluridimensional, ou seja, sendo um ser único, um *ánthropos*, mas revestido de envoltórios sucessivos que abrigam a sua essência, a alma, *psykhé*. A plenitude do ser depende da harmonia entre as suas partes constituintes" (POSSEBON, 2017, p. 29-30). Entretanto, será o próprio Possebon (2017) que vai apontar uma limitação etimológica (e apenas nesse sentido) para o termo. O autor faz questão de pontuar que o espírito (*pnêuma*) é apenas uma das constituintes do ser, sendo a totalidade reconhecida como 'psiquidade'. A **Figura 1** mostra os sistemas de constituição do ser noutros sistemas.

Figura 1 - Sistemas de constituição de ser.

Fonte: Possebon (2017, p. 30).

Acima, observa-se a ilustração dos demais sistemas de constituição do ser, que podem ser comparados ao grego arcaico, são citados sem aprofundamento, na pertinência de assegurar

que essa pluridimensionalidade do Ser já se encontrava na Grécia arcaica “ainda que rudimentarmente desenvolvida” (POSSEBON, 2017, p. 31).

Nesse diálogo entre espiritualidade e saúde encontram-se os caminhos na busca por um ser equilibrado e saudável dentro dos padrões científicos, acreditando que o homem é Ser Integral e perde-se essa essência quando é seccionado e tratado como partes sem relação alguma, sendo assim, tratado imprudentemente. Outro autor que assenta sua teoria no conhecimento do Ser Integral com as suas dimensões é Ferdinand Rörh (2012), que destaca as cinco dimensões que constituem o ser humano: física, sensorial, emocional, mental e espiritual, como mostra a **Figura 2**, adiante.

Figura 2 - As dimensões do Ser Integral.

Fonte: Rörh (2012, p. 13).

Em relação ao descrito por Rörh (2012) e disposto na **Figura 2**, o autor preocupa-se no que concerne à dimensão espiritual, em desfazer um equívoco acerca da espiritualidade e da religião e, portanto, afirma que:

> O que é mais difícil de identificar é a quinta, dimensão espiritual. Não se confunde essa dimensão com a religiosa que, em parte, pode incluir a espiritual, mas que contém algumas características como as da revelação como intervenção direta de Deus e de um tipo de organização social que, dessa forma, são estranhas ou não necessárias à

> dimensão espiritual. Podemos nos aproximar da dimensão espiritual identificando uma insuficiência das outras dimensões em relação ao homem nas suas possibilidades humanas (RÖHR, 2012, p. 13).

No pensamento de Rörh (2012), tanto quanto no de Possebon (2017), o entendimento do indivíduo equilibrado e com os seus envoltórios, como leciona a espiritualidade greco arcaica e o Ser Integral nas suas dimensões, convergem para que a saúde seja vista como fonte de vida. Compreender esse Ser Integral é contribuir para a promoção da saúde a partir de experiências em educação e práticas holísticas. Há, ainda, nos estudos de Rörh outras dimensões que perpassam aquelas que o autor denomina como básicas, são as dimensões transversais: a relacional-social, a prático-laboral-profissional, a político-econômica, a comunicativa, a sexual-libidinal e de gênero, a étnica, a estético-artística, a ética, a ecológica, a místico-mágico-religiosa, a lúdica e a volitivo-impulsional-motivacional e essas dimensões produzem ambiguidades e intersecções, intermediações e sobreposições que reverberam no corpo somático.

Por outro lado, na contramão do entendimento do Ser Integral, desenvolveu-se uma medicina fragmentada, sob a égide do materialismo científico caracterizado pelo cientificismo da época, séculos XIX e XX. Küng (2010), em seu livro *Freud e a questão da religião*, discorre sobre as teorias do psicanalista vienense, no que concerne a temática religiosa, comparando com outros estudiosos da época e destacando que os argumentos freudianos contra a existência de Deus são teologicamente infundados. É essencial que seja considerada a posição de Küng como teólogo que questionou, dentre outras coisas: a infalibilidade papal – em sua obra *Infallible? An Inquiry* (*Infalibilidade? Um inquérito*) publicada no início da década de 1970; a defesa do fim do celibato e uma maior participação feminina na Igreja Católica. Como consequência teve revogada a sua licença para lecionar teologia em nome da Igreja Romana, embora continuasse como sacerdote e professor (de teologia ecumênica até a sua aposentadoria).

Trouxe a discussão do ateísmo de Freud, o que lhe rendeu o Prêmio Oscar Pfister da Associação Americana de Psiquiatria (APA), em 1986. Essa obra traz discussões que nos remetem à religião e a medicina, evidenciando a valorização da matéria sobre o espírito, chamando a atenção para o fato de que a religião tem ocupado bem pouco espaço dentro da psicanálise, desproporcionalmente ao crescimento dessa prática na vida das pessoas, com isso, o autor questiona o lugar do sexo superado pela religião, que por sua vez, ignorada ou reprimida,

merece maior atenção e esclarecimento (KÜNG, 2010). Nesse sentido, mostra que Freud descobriu "(...) o dinamismo da psique humana, o jogo de forças, sobretudo daquela camada tantas vezes mal percebida e que, por muitos até mesmo negada, não é acessível ao conhecimento direto: o inconsciente (...)" (KÜNG, 2010, p. 24).

Falando de religião, saúde e práticas médicas, Küng refere que a psicanálise é o caminho traçado por Freud para curar as doenças da alma por meio "(...) da descoberta das experiências e afetos inconscientes, traumáticos e não satisfeitos (...) (KÜNG, 2010, p. 25), embora não use mais a vigilância da hipnose e nem a insistência do terapeuta, mas por "livre associação do paciente". Entretanto, o que fala de fé e sua dissociação da ciência, se remete a uma prática médica mecanicista e materialista. Portanto:

> [...] a batalha foi vencida pelos materialistas. [...] as convicções de fé nada têm a procurar nas questões de ciência e medicina; o contexto mecânico da natureza deve ser pesquisado até as últimas consequências, sem quaisquer restrições de ordem filosófica ou teológica; não existe atividade de consciência sem atividade cerebral, não existe uma alma independente em oposição ao corpo; a religião nada tem a ver com a ciência – no máximo ela é uma questão privada! (KÜNG, 2010, p. 12-13).

Assim, é possível perceber que o processo de mecanização e fisiologização do ser humano, enquanto máquina físico-química, ocorria em paralelo com o desenvolvimento da química orgânica na Alemanha e países industrializados da Europa. Isto posto, fica nítido como a medicina se estreitou, fechando-se em si e excluindo as posturas mais holísticas ao mesmo tempo em que seguiu empreendendo numa postura que seccionou o corpo humano, distanciando-o da sua integralidade e negando a multidimensionalidade desse ser. Nesse momento, Küng (2010) traz a discussão mais cara para a ciência das religiões[3] na esteira de Freud: o objeto religião – sua origem e essência como questões interrelacionadas. Se para Freud a origem das várias religiões tem a ver com uma questão psicológica, os teólogos cristãos e judeus trataram-na como uma questão dogmática. De outra maneira, os cientistas das religiões transformaram a origem da religião em uma questão histórica, filológica, etnológica e psicológica, ponto em que mais adiante essa discussão vai ganhar corpo quando falamos da intercessão entre saúde e ciência das religiões.

Mediante esse contexto, o entendimento do Ser Integral diante do enfrentamento da doença, a espiritualidade - ligada ou não à religião e religiosidade - possui relevante papel na busca pela saúde, sendo, portanto, passível de estudo no campo das CR que vai subsidiar o

[3] O autor se refere à Ciência das Religiões (KÜNG, 2010, p. 24).

escopo teórico das narrativas da provação da fé no adoecimento da TB resistente. Adiante, os meandros da pesquisa, seu desenho metodológico e a pertinência das Ciências das Religiões no entrelaçamento com os saberes da Medicina.

1.1 O âmbito da pesquisa

Em 11 de abril de 2016, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), se reuniram o agnóstico Marcelo Gleiser e o cardeal católico da Igreja Romana Gianfranco Ravasi, intelectuais que são considerados como dois pontos de vista no tocante aos desdobramentos da relação entre a Fé e a Razão, das realizações da Ciência e do lócus da Transcendência. Falar que foi um rico debate que rendeu um diálogo tão presente hoje, quanto nos dias da Antiguidade, quando as sociedades pensavam na relação entre o saber científico e a religião é insistir no mesmo, ou seja, nada acrescenta. Porém, quando se chama a atenção para o que ambos, Gleiser e Ravasi, ensinam e, não somente nessa discussão, mas no fato de sentarem-se e dialogarem entre si, de constituírem uma concessão em formato de diálogo que por sua vez, "[...] é um exercício que exige abertura, aprendizagem e o reconhecimento de que o outro, ao mesmo tempo que me desinstala, é quem me completa" (INCERTI, MATEUCCI, 2018, p. 6), os autores prestam um serviço aos estudos de religião à humanidade pela matriz racional do conhecimento, sem reservas dogmáticas, o que nos faz reconhecer que "[...] desse diálogo podemos aprender que sabotar o conhecimento implica em sabotar o próprio futuro da humanidade" (VALLE, 2018, p. 11).

Na voz de Gleiser uma questão vem à tona (e é um tema bastante presente nos diálogos cotidianos, nem sempre religiosos): que o ser humano é um paradoxo, sobretudo porque é um animal capaz de refletir sobre a sua finitude. Ao falar da morte, quase sempre nos colocamos com propriedade espiritual/religiosa. Será nesse lugar, na busca por dialogar com aqueles que se encontram à frente dos estudos que envolvem espiritualidade, religião, religiosidade, saúde e Bíblia que constituímos o nosso estado da arte. Também, por considerar a pertinência da inegável procura das pessoas por algo que lhes falta e que a ciência não consegue justificar, especialmente no âmbito do adoecimento e, nesse lugar, a lacuna da descrença se amplifica e o retorno à religiosidade progride, tornando-se necessário aos que encontram ou reencontram suas crenças (BERGER, 2001).

Partindo dessas circunspecções, iniciamos com um capítulo dedicado à construção do arcabouço teórico-metodológico e, por conseguinte, ao espaço que vai reafirmar os conceitos em CR que emolduraram esse estudo: religião, espiritualidade, fé, saúde. No processo histórico, a religião se sobressaiu, inicialmente, como a forma que o homem encontrou para justificar sua origem numa construção cosmogônica e, nesse entendimento, vários pensadores postularam suas teorias sobre a temática religiosa: Bourdieu (2007) que a enxergou como uma linguagem, ou seja, um sistema simbólico de comunicação e de pensamento; somente para citar alguns dentre outros como Filoramo e Prandi (2016), Mircea Eliade (1989), Max Weber (2009). Contudo, é notório o seu surgimento precedente à ciência e ao pensamento científico, pelo menos até a sistematização de como a ciência é concebida nos dias de hoje.

Religião e religiosidade são conceitos que se ambientam dentro dos estudos interdisciplinares e se contrapõem às definições absolutas, uma vez que formatar um conceito polissêmico pode parecer não só um erro, mas uma arrogância da escrita que tenta se consolidar como verdade. Portanto, não é aceitável no mundo acadêmico imaginar a realidade construída em cima do fundamentalismo e de conceitos imutáveis. Além do mais, é válido observar as diversas maneiras como os indivíduos pensam a partir da religião, as aproximações e os distanciamentos dos preceitos bíblicos dentro das diversas formas de manifestações de religiosidades, sobretudo dentro da realidade social e cultural brasileira e, nesse sentido, compreender o conceito de Espiritualidade e de Saúde, reconhecendo entre os termos uma relação direta de parceria que se sobressai nos estudos das Ciências das Religiões, manancial do arcabouço teórico multidisciplinar, também como fala Silveira (2016) de politeísmo metodológico, porque sequer esperamos, nesse contexto, vozes uníssonas.

Os estudos que envolvem Espiritualidade e Saúde, quase sempre versam sobre a influência da primeira sobre a segunda, ou ainda sobre o conceito de Saúde como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS) – "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*"[4] (WHO, 2018), que vai redundar de maneira ampla em um conceito holístico de fronteiras muito mais amplas, incluindo que não se trata apenas da ausência da doença ou de enfermidades, mas do estado de bem-estar físico, o que a espiritualidade só corrobora positivamente, como apontam os estudos realizados por Dethlefsen e Dalke (2007), Rörh (2012), Koenig (2012), Toniol (2017) e Possebon (2017), dentre outros.

[4] A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e, não meramente a ausência de doença ou enfermidade (tradução nossa).

A escolha da metodologia que mostra o caminho da investigação se constitui uma preocupação à parte, sobretudo porque a ciência possui critérios, é reflexiva, formal e crítica, além de recorrer a métodos e técnicas que contam com a chancela da comunidade científica (GONSALVES, 2018). No sentido de ordenar essa busca, foi realizado o levantamento da literatura acadêmica produzida entre os anos de 2017 até 2020, com os descritores – espiritualidade, saúde, religiosidade, religião, doenças infecciosas e Bíblia, no banco de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) e no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), além de artigos acadêmicos em língua estrangeira – espanhol e inglês, presentes nos bancos de dados em saúde, à saber: acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO[5]), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine).

A BDTD originou resultados abrangentes quando pesquisados de forma única, sem que sejam necessariamente das Áreas da(s) Ciência(s) da(s) Religião(ões), Teologia e/ou Saúde, na qual se incluem Medicina, Enfermagem e Psicologia maioritariamente. Os fatores de inclusão para essa busca obedeceram aos seguintes critérios: ser uma tese; possuir em seu título e/ou palavras-chaves um ou mais termos descritores; que traga em seu escopo teórico a proposta de pesquisa em Espiritualidade e Saúde e escritos em língua portuguesa, também os artigos acadêmicos recentemente escritos (entre os anos de 2019 e 2022) e publicados em revistas científicas das áreas de Saúde, Teologia e Ciências das Religiões. Os fatores de exclusão são: os que se encontravam em Áreas distintas das de Saúde e Religião. Os números apontados não são tímidos para a pesquisa dos termos de forma generalizada, ou seja: Religião (456); Religiosidade (188); Espiritualidade (215); Saúde (6.919); Doenças e doenças infecciosas (4.527); Bíblia (36); Ciências das Religiões (64) e Ciências da Religião (345). Porém, quando utilizados em conjunto, os resultados foram mais direcionados, restando para os termos espiritualidade, saúde, religião e religiosidade, o quantitativo de 16 teses, sendo 13 incluídas no **Quadro 1**, adiante.

Para o portal Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) os resultados do levantamento da literatura acadêmica produzida entre os anos de 2017 até 2020, com os descritores – espiritualidade, saúde, religiosidade, religião, doenças e Bíblia apresentaram 12.407 teses, ou seja, um número ainda mais robusto que a BDTD (**Quadro 1**), porém os filtros que podem ser utilizados são recursos

[5] PAHO - Pan American Health Organization

que possibilitam uma escolha direcionada dentro da linha de pesquisa Espiritualidade e Saúde. O total de 57 trabalhos, dos quais selecionamos 15; dispostos no **Quadro 2**, com os mesmos critérios anteriores além de excluírem os trabalhos constantes na plataforma BDTD.

A disposição nos quadros apresentados é feita por autoria, título, palavras-chaves, instituição, programa de pós-graduação e ano de defesa. No **Quadro 1** - três teses ficaram de fora por se encaixarem nos fatores de exclusão. Situação similar aconteceu no **Quadro 2**, referente aos critérios de inclusão e exclusão. Após essa seleção que resultou em dois quadros demonstrativos, apresentamos as considerações tecidas pelos respectivos pesquisadores priorizando os objetivos propostos, a metodologia e os resultados alcançados, além das aproximações e distanciamentos com a nossa investigação.

Quadro 1 - Teses disponíveis na BDTD, com os descritores: espiritualidade, religiosidade, religião e saúde (2017 - 2020).

	Autoria/Título	**Descritores**	**Instituição/Área/Ano**
1	KOEFENDER, Marli. Arteterapia, um oásis na condição da saúde humana: arte, saúde e espiritualidade.	Saúde Espiritualidade	EST / Teologia [2020]
2	CAMPOS, Renata J. D. Salomão de. Influência das crenças religiosas/espirituais na remissão, qualidade de vida e saúde mental de pacientes com doença de Crohn ativa: estudo longitudinal de dois anos de seguimento.	Religião Espiritualidade	UFJF/Medicina [2020]
3	ZACARON, Katy Andrade Monteiro. Efeitos da imposição de mãos com ou sem componente espiritual como terapia complementar à cinesioterapia na dor e funcionalidade de idosas com osteoartrite de joelhos: ensaio clínico controlado randomizado.	Espiritualidade	UFJF Saúde Pública Medicina [2020]
4	GONTIJO, Gabriel Foschetti. Espiritualidade e saúde mental: exploração de relações curvilineares a partir de uma nova escala de crenças espirituais	Espiritualidade. Religiosidade. Saúde [mental]	UFMG Neurociência [2019]
5	JARAMILLO, Rosângela Garcia. Coping religioso/espiritual: vivências de familiares de crianças e adolescentes com câncer.	Religião	UnB Enfermagem [2019]
6	FONSECA, Elvi Cristina Rojas. Avaliação da espiritualidade e religiosidade em pacientes adultos com diabetes mellitus tipo 1	Espiritualidade	UFMT Ciências da Saúde

			[2019]
7	RODRIGUES, Sarah Xavier Vasconcelos de Fialho. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: um olhar da logoterapia e análise existencial.	Espiritualidade Religiosidade	UNICAP Ciências da Religião [2019]
8	PAULINO, Pedrita Reis Vargas. Religiosidade/Espiritualidade em uma amostra nacional de psicólogos brasileiros: perfil e implicações na prática profissional	Religiosidade Espiritualidade	UFJF Psicologia [2019]
9	PICCININI, Clarissa Rocha Panconi. Influência da religiosidade e espiritualidade na saúde mental e qualidade de vida em mulheres gestantes em fase inicial da gestação	Religiosidade Espiritualidade	UFJF Saúde Pública Medicina [2019]
10	MOLINA, Nayara P. F. Martins. Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais enquanto mediadora do indicativo de depressão sobre a qualidade de vida de idosos	Religião Espiritualidade	UFTM Atenção à Saúde [2018]
11	BRAVIN, Ariane, Moysés. Influência da espiritualidade sobre a função renal em pacientes transplantados renais.	Religião Espiritualidade Saúde	UNESP Enfermagem [2018]
12	TOSTES, Janaína S. R. M. Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo longitudinal	Religião Espiritualidade	UFJF Saúde Pública [2018]
13	CURCIO, Cristiane Schumann Silva. Investigação dos conceitos de "religiosidade" e "espiritualidade" em amostra clínica e não clínica em contexto brasileiro: um estudo quali-quantitativo	Religião Espiritualidade	UFJF Saúde Brasileira Medicina [2018]

Fonte: BDTD (MEDEIROS, 2021)[6].

Quadro 2 - Teses disponíveis na CAPES, com os descritores: espiritualidade, religiosidade, religião e saúde (2017 - 2020).

	Autoria/Título	**Descritores**	**Instituição/Área/Ano**

[6] Dados da Pesquisa, coleta de dados da pesquisa de Medeiros (2022).

1	ZILLI, Ercilia Pereira. As religiosidades/espiritualidades do (a) paciente e do psicólogo (a) como conciliar? Um estudo sobre as percepções de pacientes da Abrape - Associação Brasileira de Psicólogos Espíritas acerca da abordagem da religiosidade / Espiritualidade na psicoterapia	Religiosidade Espiritualidade Saúde	PUC/SP Ciência da Religião [2020]
2	MOSQUEIRO, Bruno Paz. Religiosidade, Espiritualidade, Desfechos Clínicos e Marcadores Biológicos na Depressão	Religiosidade Espiritualidade Saúde	UFRS Psiquiatria e Ciências do comportamento [2020]
3	JUNIOR, Belmiro Medeiros da Costa. Eu te conhecia só de ouvir, mas agora os meus olhos te veem": uma leitura de Jó a partir da pedagogia libertadora	Bíblia	EST Teologia [2020]
4	CHEQUINI, Maria Cecilia Menegatti. A religiosidade e a espiritualidade na prática psiquiátrica	Religiosidade Espiritualidade Saúde	FMUSP Psiquiatria [2020]
5	ORSO, Alceu Luiz. As relações de Jesus com “Os Doze”, a partir da pregação na Galiléia, no caminho, até a chegada em Jerusalém no evangelho de marcos (1,14-10,52).	Bíblia	PUC / PR Teologia [2018]
6	TOSTES, Janaina Siqueira Rodrigues Martins. Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo longitudinal	Religiosidade Saúde	UFJF Saúde [2018]
7	PIETROBON, Rosa Cecília. Espiritualidade na saúde cardiovascular	Espiritualidade Saúde	Fund. Univ. de Cardiologia Ciências da Saúde (Cardiologia) [2018]
8	DUARTE, Ana Amelia Machado. Associação entre Religiosidade, Espiritualidade, Qualidade de vida e o Sistema Nervoso Autônomo de Pacientes com Doenças Pulmonares	Religiosidade Espiritualidade	UFCSPA Ciências da Saúde [2018]
9	PALUMBO, Isabel Cristina Bueno. Quando não há cura, há religião?	Religião Espiritualidade Saúde	PUC/SP Ciência da Religião [2018]
10	SILVA, Guilherme Pinheiro Ferreira Da. Impacto da reabilitação pulmonar no *coping*	Religiosidade	UFCE

	religioso e religiosidade de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica	Saúde	Ciências Médicas [2017]
11	NOVAIS, Maria Do Socorro Martins Cardoso. Efeitos da espiritualidade e religiosidade na depressão e ansiedade: revisão sistemática com metanálise	Espiritualidade Religiosidade Saúde	Centro Universitário Saúde ABC Ciências da Saúde [2017]
12	MITTELSTAEDT, Wojciech. A religiosidade como um método terapêutico de recuperação de dependentes químicos: um olhar clínico	Religiosidade Saúde	PUC/SP Ciência da Religião [2017]
13	ALMEIDA, Tatiene Ciribelli Santos. A espiritualidade como elemento de resiliência psicológica no enfrentamento do luto: uma análise a partir de estudos de casos de pais enlutados.	Espiritualidade	UFJF Ciência da Religião 2017
14	BARBOSA, Joao Candido. Espiritualidade e estilo de vida: contribuições éticas, econômicas e sociais a partir do evangelho de Lucas.	Espiritualidade Bíblia	PUC Goiás Ciências da Religião 2017
15	AZEVEDO, Gilson Xavier de. As benzedeiras na tecitura da cultura, religião e medicina populares.	Religião	PUC Goiás Ciências da Religião 2017

Fonte: Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES (MEDEIROS, 2021).

Acerca do levantamento nas bases de dados mencionadas, os títulos dispostos nos **Quadros 1** e **2**, constatamos que a incidência dos termos nas 28 teses elencadas está distribuída da seguinte forma: espiritualidade [21], religião [7], religiosidade [12], saúde [10] e Bíblia [02], quase todos os termos se posicionam em intersecção numa junção de dois ou mais termos. Assim, as abordagens dos termos espiritualidade, religião, religiosidade e saúde em 20 teses entre os anos de 2017 e 2020 falam da atuação da dimensão espiritual no enfrentamento das doenças físicas, mentais e crônicas, também da contribuição da espiritualidade e/ou religiosidade como fator positivo. Associando espiritualidade na melhora da saúde por meio da arteterapia [1]; para falar de espiritualidade e crenças espirituais na melhoria de pacientes com doenças crônicas e oncológicas [8]; sobre a saúde mental, a espiritualidade e a religiosidade como contributos para a prática profissional da psicologia e psiquiatria, além de indicadores

para a depressão [7]; trabalhos que versam sobre a saúde do idoso e da gestante [2]; para doenças cardiovasculares [1] e pulmonares [2]; sobre o enfrentamento da morte e do luto [2]; sobre estudos que tomam como parâmetro os livros bíblicos [3]; o auxílio da espiritualidade no tratamento da dependência química [12]. Desses trabalhos, cinco apresentam pertinência para doenças pulmonares e espiritualidade associadas as práticas médicas, sobre os quais brevemente dissertamos adiante.

A tese *As benzedeiras na tecitura da cultura, religião e medicina populares*, defendida por Azevedo (2017), apresentou, sob uma abordagem socioantropológica, as figuras das benzedeiras contextualizadas dentro do processo histórico e das interrelações humanas com a cultura, a religião e a medicina institucionais. O autor justifica a sua pesquisa no entendimento de que as benzedeiras merecem o olhar da ciência, no entanto levanta a problemática de que como as práticas foram desenvolvidas de forma não burocrática, ou seja, não havia registros sobre as práticas das benzeções e nem a oficialização da presença dessas benzedeiras. Nesse sentido, partiu da premissa de que as práticas de benzeção sejam fruto dos fenômenos sociais de assimilação e acomodação e de processos culturais como a difusão e a enculturação a partir de redutos populares.

O autor fez o seu caminho metodológico por meio de uma abordagem empírico-bibliográfica, com uma pesquisa de campo da técnica de entrevista a partir de um questionário fechado, o qual, possibilitou qualificar os sujeitos segundo as suas ações culturais, saberes religiosos e práticas terapêuticas. Para responder ao que propôs estabeleceu os conceitos de "popular" e "oficial" contextualizados na racionalidade do mundo contemporâneo, no qual, as benzedeiras realizam suas práticas e obteve a constatação de que "[...] apesar da forte presença das práticas racionalizadas e oficiais na modernidade, as benzedeiras e suas benzeções mostram-se como condizentes em tal contexto sociocultural" (AZEVEDO, 2017, p. 8). Nesse sentido, esse olhar vai manifestar a condição de que as tecnologias avançadas na área de saúde, não impedirão a busca por alento espiritual. Aqui, podemos seguir o entendimento de que entrelaçadas entre os saberes médicos populares enraizadas nos saberes ancestrais dessas benzedeiras, as práticas religiosas vão mostrando os contornos religiosos das sociedades presentes no Brasil a partir da sua formação colonial, no qual o médico era não somente o oriundo da Ciência Médica, mas dos Pajés, Xamãs, Curandeiros etc.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), segundo Silva (2017), é quase sempre acompanhada por comorbidades extrapulmonares como a disfunção do sistema musculoesquelético, a desnutrição, a osteoporose, dentre alguns dos males que acometem o

paciente e que contribuem para a exacerbação da sintomatologia clássica da doença, tais como tosse, dispneia, intolerância ao exercício, piora do estado nutricional, aumento dos níveis de ansiedade e depressão, piora da qualidade de vida (QV), socialização e bem estar. Nesse contexto, é muito importante observar as estratégias de enfrentamento, sobretudo porque em se tratando de uma doença não-infecciosa, porém crônica, a DPOC afeta diretamente a autoestima e as emoções dos pacientes.

Diante desse desafio, a pesquisa de Silva (2017), intitulada *Impacto da reabilitação pulmonar no coping religioso e religiosidade de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica,* tem como proposta analisar um melhor enfrentamento/Coping[7] a partir do Coping Religioso (CR) e da Religiosidade. Os objetivos da pesquisa foram: avaliar o impacto da Reabilitação Pulmonar (RP) no CR e Religiosidade de pacientes com DPOC; comparar as mudanças no CR e Religiosidade entre pacientes que apresentaram resposta clínica importante nos desfechos de medidas funcionais em comparação com os que não apresentaram após a RP; investigar a associação entre as mudanças no CR, religiosidade no que diz respeitos às questões: tolerância ao exercício, QV, ansiedade, depressão e dispneia.

Trata por um ensaio clínico não aleatorizado, controlado, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2016. Os fatores de inclusão foram pacientes com DPOC de moderada a muito grave e clinicamente estáveis, tratados em um centro de RP de um hospital escola da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. A pesquisa trabalhou com dois grupos: um grupo controle de 36 pacientes e 38 pacientes no grupo RP, perfazendo um total de 74 participantes. Em seguida, foi aplicado um protocolo de RP - um programa multidisciplinar de 12 semanas, nas quais foram aplicadas três sessões com treinamento físico, consulta nutricional, aconselhamento psicológico, educacional e de saúde, sendo que os itens CR, religiosidade, tolerância ao exercício, QV, ansiedade, depressão e dispneia foram mensurados antes e após o protocolo do estudo. O grupo controle foi composto entre os pacientes inscritos na lista de espera no programa de RP pareados quanto aos dados sociodemográficos e função pulmonar. Todos foram devidamente medicados e informados quanto a importância da prática de atividades físicas em sua rotina diária.

Os resultados comparados entre os dois grupos evidenciaram que para o primeiro, os participantes do programa houve aumento dos escores do Coping Religioso Positivo (CRP) e

[7] *Coping* pode ser definido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, desenvolvidas pelas pessoas para lidar com as exigências internas e externas da relação entre o indivíduo e o ambiente. Essas estratégias estão relacionadas com a saúde mental, uma vez que podem moderar o impacto das adversidades ao longo da vida, além de aumentar os níveis de bem-estar psicológico e reduzir o sofrimento (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019, p. 55).

da Religiosidade Organizacional (RO), também, melhorias significativas nas medidas funcionais como tolerância ao exercício, QV, níveis de ansiedade e depressão, gravidade dos sintomas depressivos e dispneia após a RP, além disso observou-se associações significativas entre as mudanças no CR, RO com a tolerância ao exercício, QV e depressão após a RP. Tais valores não foram identificados no grupo controle. Ou seja, a RP melhorou o CR e a RO em pacientes com DPOC, trazendo uma melhoria na QV, baixando os níveis graves dos sintomas.

Na mesma linha, com o trabalho denominado *Associação entre Religiosidade, Espiritualidade, Qualidade de vida e o Sistema Nervoso Autônomo de Pacientes com Doenças Pulmonares*, mostrou uma pesquisa sobre a influência da religiosidade e espiritualidade (R/E) para a saúde física e mental das pessoas. Segundo a autora, a maioria dos estudos apontam para melhor QV, maior sobrevida, melhor saúde mental e queda na incidência de doenças em geral (DUARTE, 2018).

A autora reafirmou, com base nos escritos médicos, que as doenças pulmonares comprometem significativamente a qualidade de vida dos pacientes, levando inclusive, no caso de agravamento, a indicação de transplante pulmonar a seus portadores. Portanto, a depender da condição e estágio da doença apresentam desequilibro autonômico, corroborando para maior risco cardiovascular e de morte. Nesse sentido, seus objetivos foram: conhecer a Religiosidade (R) e/ou Espiritualidade (E) dos pacientes da lista de transplantes e daqueles que não estão em lista, comparando os parâmetros clínicos e de qualidade de vida, além de avaliar o sistema nervoso autônomo dos pacientes com doença pulmonar intersticial e investigar se existe associação da R/E com a modulação simpática e parassimpática desses pacientes.

Para seguir com a sua investigação, a pesquisadora estabeleceu como método um estudo observacional transversal no qual os pacientes com doenças pulmonares, inscritos no programa de reabilitação pulmonar foram avaliados na primeira semana de reabilitação. Foram coletados os dados clínicos, qualidade de vida (QV), Religiosidade e Espiritualidade (R/E) e o balanço simpatovagal, obtido por meio do registro de um eletrocardiograma (ECG). Os resultados obtidos atestaram alta R/E, maior fé e espiritualidade total presentes no grupo que aguarda em lista para o transplante de pulmão. A autora pontuou, ainda, o fato de que dentre os muitos resultados que colaboram com o pensamento de que a religiosidade e a espiritualidade contribuem para melhor enfrentamento das doenças pulmonares naquelas pessoas que participam de um programa de RP, há a associação direta com a qualidade de vida. Além disso, os pacientes portadores da doença intersticial apresentaram maior modulação do sistema

nervoso simpático, que possivelmente permitiu melhor respiração. Da mesma forma, o simpático se relacionou com melhor qualidade de vida e maior sensação de paz.

O trabalho de Janaína Tostes (2018), denominado *Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo longitudinal*, teceu considerações acerca do aumento da sobrevida do paciente com doença renal crônica, tem-se reconhecido a importância de aprimorar a qualidade dessa sobrevida e, à vista disso, a religiosidade e a espiritualidade tem se mostrado associadas a melhoras nos níveis de saúde física e mental. Entretanto, a pesquisadora chama a atenção para os ainda escassos estudos na área, sobretudo quando o enfrentamento é de doença renal crônica, bem como sobre os mediadores dessa associação entre religiosidade/espiritualidade e indicadores de saúde e bem-estar.

Nesse entendimento, os objetivos da pesquisa foram investigar a associação entre níveis de religiosidade/espiritualidade e felicidade em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e o papel do senso de coerência como possível mediador. Como método, realizou um estudo observacional longitudinal (coorte) com 161 pacientes adultos em hemodiálise em um hospital mineiro durante um ano, chegando à conclusão de que fatores como religiosidade, espiritualidade e senso de coerência mostraram-se relevantes para o bem-estar de pacientes em hemodiálise, tendo implicações para a melhor avaliação e tratamento desses pacientes.

Para Fonseca (2019), no estudo nominado *Avaliação da espiritualidade e religiosidade em pacientes adultos com diabetes mellitus tipo I*, a religiosidade e a espiritualidade (R/E) desempenham importantes papeis para doentes crônicos e estão relacionadas com a melhora da qualidade de vida (QV) e do enfrentamento da doença, uma vez que auxilia na adesão ao tratamento e, consequentemente, a diminuição da mortalidade e morbidade. No entanto, a autora enxergou uma lacuna nos estudos que associam Religiosidade, Espiritualidade e doenças crônicas, quando nos casos da diabetes mellitus do tipo 1 (DM1). As suas considerações focaram no impacto da doença, que causam as dificuldades na condução do tratamento e manejo dos autocuidados, se questionando até que ponto a utilização de práticas religiosas e crenças, além do monitoramento da ansiedade, depressão e estresse, poderiam auxiliar nas manobras diárias da doença, principalmente quando consideramos que a DM1 requer participação ativa do paciente, refletindo-se numa mudança de estilo de vida como parte do tratamento, o que significa dizer que a forma de enfrentamento da doença auxilia efetivamente o melhor controle e diminuição das complicações.

Como objetivos da pesquisa, a autora buscou avaliar o perfil e a relevância dos índices religiosidade, *coping* religioso espiritual, os níveis de depressão, ansiedade e estresse, em pacientes adultos com DM1, e as implicações dessas variáveis de controle metabólico. Para cumprir com o proposto, realizou um estudo transversal, descritivo por meio do atendimento ambulatorial a pacientes diabéticos, em serviço terciário, nos últimos seis meses do ano de 2017, quando 56 pacientes, com idade variantes entre 24 e 67 anos, maioritariamente do sexo feminino, que anuíram com a pesquisa e preencheram os questionários referentes aos dados demográficos, clínicos, classificação socioeconômica e que permitiram avaliar os índices de religiosidade, escala de Duke (DUREL), *coping* religioso-espiritual (CRE) (escala CRE-breve), e escala de ansiedade, depressão e estresse (DASS-21).

Com o auxílio do *software* SPSS versão 23.0, foi realizada a análise dos dados que apresentou os resultados – no que se refere a crença religiosa, 96,4% são cristãos, dos quais 64,3% católicos, 16,1% espíritas e 16,1% evangélicos, na mesma proporção. Apresentaram baixa religiosidade organizacional[8] (RO) (3,9 ± 1,5), elevados índices de religiosidade não organizacional (RNO) (4,5 ± 1,5) e religiosidade intrínseca (RI) (13,2 ± 2,2). Para os dados do Coping religioso/espiritual (positivo), os resultados são efetivamente correspondentes às melhoras nos pacientes. Por fim, a autora concluiu que as religiosidades não-organizacional e intrínseca tiveram índice alto de uso. A observação da dimensão positiva na avaliação dos *coping* religioso-espiritual predominou e foi usado de forma positiva pelos pacientes, além de ser associado a menos sintomas de ansiedade e depressão. A R/E pode ajudar no controle do paciente diabético, em relação a algumas variáveis do controle glicêmico. O fato da diversidade de achados, faz-se pensar que a religiosidade, o *coping* e os níveis de ansiedade, depressão e estresse teriam importância maior quando avaliados juntos.

Dos trabalhos apresentados, os pontos em comum, independentemente das doenças que efetivamente acometem as pessoas, podemos perceber que as pesquisas convergem ao enfrentamento amparado na religiosidade e espiritualidade com dois desses trabalhos utilizando os critérios do *'coping religioso'*, que é um parâmetro sensível para a forma como as pessoas em situação de adoecimento se manifestam ou se reconhecem na sua

[8] Sobre Religiosidade Organizacional, esclarecemos que: "(...) religiosidade organizacional, que se refere à prática pública, social e institucional, como participar de encontros religiosos (por exemplo, cultos, missas, grupos de oração); religiosidade não organizacional para referir-se a atividade religiosa privada, pessoal e individual (como orar/rezar, estudar as escrituras, assistir programas de TV religiosos), e a religiosidade intrínseca, relacionada ao grau de compromisso ou motivação religiosa pessoal" (STRELHOW; SARRIERA, 2018, p. 331). Esses parâmetros de religiosidade utilizados segundo a *escala de Duke* (DUREL), da Universidade de Duke são usuais nas pesquisas em Espiritualidade e Religiosidade na área de Saúde, sendo traduzida para o português brasileiro foi denominada de P-DUREL (STRELHOW; SARRIERA, 2018).

religiosidade/espiritualidade. No entanto, o nosso objetivo em realizar esse levantamento, perpassa pela compreensão de que muitos outros estudos devem ser realizados na área e somados ao entendimento multidisciplinar que as Ciências das Religiões possuem.

Para os artigos em língua estrangeira, dispostos no **Quadro 3**, adiante, utilizamos a sequência de uma numeração crescente, seguido de autoria, título do trabalho, revista e ano de publicação e banco de dados em saúde.

Quadro 3 - Artigos acadêmicos em língua estrangeira (inglês e espanhol) com os descritores: espiritualidade, religiosidade, religião e saúde (2019 - 2022).

	Autoria	**Título**	**Periódico/ Data de publicação/ Banco de dados**
1	KIENZLER, Caitlin; WACHHOLTZ, Amy.	The Impact of Religion, Spirituality, and Empathy Factors on Acute Pain and Prosocial Behaviors in a Diverse Sample	Spirituality in Clinical Practice, 2022, PAHO, MedLine [inglês].
2	KELLY, Elizabeth Palmer; MYERS, Brian; HENDERSON, Brent; SPRIK, Petra; WHITE, Kelsey B.; PAWLIK, Timothy M.	The Influence of Patient and Provider Religious and Spiritual Beliefs on Treatment Decision Making in the Cancer Care Context	Med Decis Making, 2022, PAHO, MedLine [inglês].
3	ANYFANTAKIS, Dimitrios.	Holly Sacrament: the medicine of spiritual immortality or a vehicle for contamination?	Med Glas (Zenica), 2021, PAHO, MedLine [inglês].
4	SCHMIDT, Cindy; NAUTA, Loes; DANG, Andrew.	Physician Disengagement and Spiritual Dissonance in Medical Students	Fam Med, 2021, PAHO [inglês].
5	SARRAZIN, Jean Paul.	La relación entre religión, espiritualidad y salud: una revisión crítica desde las ciencias sociales	Hallazgos, 2021, SciELO [espanhol].
6	URCHAGA-LITAGO, José David; MORÁN-ASTORGA, Consuelo; FÍNEZ-SILVA, María José.	La Religiosidad Como Fortaleza Humana	International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2019, SciELO [espanhol].

Fonte: PAHO, MedLine e Scielo (2019 - 2022).

Dado o contexto pandêmico e a crise sanitária vividos a partir de 2020, parte da comunidade acadêmica mostrou preocupação em evidenciar estudos que envolvessem conteúdos relacionados à covid-19 e os efeitos danosos sobre a Saúde Pública, dentre outros aspectos igualmente relevantes e vividos em âmbito global. Nesse cenário, ressaltamos que as bases pesquisadas foram PAHO, MedLine e Scielo, com os descritores espiritualidade,

religiosidade, religião e saúde, priorizando os anos entre 2019 e 2022. O resultado dessas buscas mostrou um total de 52 artigos que tratam de religião, espiritualidade e fé. Portanto, justificamos a escolha de seis (6) textos, sendo quatro (4) em língua inglesa e dois (2) em língua espanhola, como forma de apresentar de maneira ampla a discussão que envolve a temática abordada nesse estudo. Outrossim, justificamos a escolha por três artigos na plataforma PAHO e repetidos na MedLine por serem os únicos que não apresentaram teor de covid-19. No intuito de enfatizar a composição dos textos elencados em língua estrangeira, procuramos utilizar a tradução livre nessa pesquisa, mas mantendo os títulos originais.

O texto *The Impact of Religion, Spirituality, and Empathy Factors on Acute Pain and Prosocial Behaviors in a Diverse Sample* teve como objetivo distinguir como a espiritualidade, o autoconhecimento e a empatia são fatores que influenciam a generosidade no contexto da experiência de dor aguda, tendo em conta uma amostra diversificada. Kienzler e Wachholtz (2022) utilizaram uma análise dos testes de covariância (ANCOVA), via SPSS 26.0, que considerou as diferenças no sentir a dor no desempenho da tarefa de generosidade entre os participantes de condições de generosidade e ganância.

Os resultados dos ANCOVAs não mostraram relação significativa entre antecipação de dor aguda e generosidade subsequente ou entre escores agudos de dor e generosidade subsequente, e, portanto, não houve moderadores ou covariáveis dessas relações. Havia uma relação significativa entre condição inicial de generosidade e escolha de generosidade subsequente. Os dados fisiológicos foram analisados por meio de uma análise da variância (ANOVA) como uma verificação de manipulação da dor aguda, com temperatura da pele e condutância da pele, sugerindo que a manipulação foi bem sucedida, embora a frequência cardíaca tenha mostrado mudanças não significativas.

A empatia foi encontrada como um moderador da relação entre o grupo de intervenção da generosidade e a generosidade subsequente, com aqueles em condições generosas e com alta empatia mais propensos a fatores como abnegação, bondade e a generosidade em si, enquanto no quesito espiritualidade, a pesquisa mostrou que não era um moderador da relação entre o grupo de intervenção da generosidade e a generosidade subsequente. Este estudo demonstrou as contribuições únicas de religiosidade e espiritualidade e fatores de empatia no sentido de melhor enfrentamento para o quadro geral de dor, o que se coaduna com a nossa pesquisa.

Kelly et al (2022), no artigo *The Influence of Patient and Provider Religious and Spiritual Beliefs on Treatment Decision Making in the Cancer Care Context*, mostram que os responsáveis pelo tratamento de saúde, sobretudo os operadores em saúde, aqui denominados

prestadores em saúde, muitas vezes subestimam a influência das necessidades religiosas e espirituais do paciente. Assim, os autores traçaram um estudo que buscou determinar a influência das crenças - religiosidade e espiritualidade (R/S) na tomada de decisões de tratamento entre pacientes e prestadores no contexto do cuidado com o câncer.

Para tal, realizaram uma revisão sistemática da literatura usando mecanismos de busca baseados na *Web* e bancos de dados específicos da disciplina. Os termos da pesquisa incluíam uma combinação dos seguintes Títulos de Sujeitos Médicos e termos-chaves "câncer", "espiritualidade", "religião" e "tomada de decisão", utilizando o Covidence para analisar estudos relevantes e extrair dados no Microsoft Excel. Os resultados evidenciaram que entre 311 estudos selecionados, 32 atenderam aos critérios de inclusão/exclusão. A maioria dos estudos avaliou a perspectiva do paciente (n = 29), enquanto dois estudos mostraram a perspectiva do provedor e um estudo analisou ambos. Ao avaliar o paciente em relação à tomada de decisões de tratamento, trouxeram tematicamente artigos de acordo com contextos de tomada de decisão, incluindo geral (n = 11), planejamento de cuidados de fim de vida/avanço (n = 13) e outros específicos (n = 8).

Contextos específicos incluíram, mas não se limitavam, à participação do ensaio clínico (n = 2) e ao uso de medicina complementar e alternativa (n = 4). No planejamento de cuidados de fim de vida/avanço, houve uma discrepância quanto à forma como a R/S influenciou a tomada de decisão do tratamento. A influência da R/S na tomada de decisões gerais de tratamento foi ativa e passiva, com alguns pacientes querendo uma integração mais direta de suas crenças na tomada de decisões de tratamento. Entretanto, a percepção do paciente sobre o impacto da R/S na tomada de decisões de tratamento variou em relação à raça/etnia, sendo mais acentuada entre os pacientes negros.

Por fim, concluíram que a maioria dos artigos se concentrou na R/S em relação à tomada de decisões de tratamento no final da vida, embora esse contexto tenha parecido importante em todo o contínuo assistencial. Para melhorar o atendimento ao câncer centrado no paciente, os provedores precisam estar mais conscientes do impacto da R/S na tomada de decisões sobre o tratamento.

Na pesquisa intitulada *Holly Sacrament: the medicine of spiritual immortality or a vehicle for contamination?*, o autor (ANYFANTAKIS, 2021) clarifica que a Santa Comunhão é uma prática cristã antiga, através da qual um grupo de pessoas reunidas compartilham de pão e vinho por vezes em um recipiente único. Na Grécia, a recente morte de um bispo por covid-19 reacendeu a questão da transmissão de infecções usando um cálice e colher comuns.

Portanto, o autor (grego) escreveu uma revisão que avalia a literatura médica disponível sobre este tema desde o início da pandemia até hoje. Nesse espaço, o artigo que, aparentemente destoa do contexto de religiosidade e espiritualidade, se presentifica na prática religiosa como um efeito propagador de fatores e vetores infecciosos, se tornando uma questão de Saúde Pública a discussão acerca disto.

Para Schmidt, Nauta e Dang (2021), autores de *Physician Disengagement and Spiritual Dissonance in Medical Students*, religião e espiritualidade constituem aspectos da diversidade que os médicos devem respeitar para prestar cuidados centrados no paciente. Ao ver os pacientes como indivíduos e integrar suas necessidades religiosas e espirituais em seus cuidados médicos, os prestadores podem prestar cuidados de saúde personalizados. A maioria dos pacientes quer que seus médicos abordem suas necessidades religiosas e espirituais quando se trata de sua saúde (por exemplo, durante as precauções de isolamento requeridos pela tipologia da enfermidade). Apesar do aumento dos currículos educacionais sobre essa integração, a maioria dos médicos ainda não fornece esse aspecto do atendimento centrado no paciente.

Os autores realizaram um estudo observacional, a partir do olhar de como os estudantes de medicina responderam a um paciente que vivencia uma questão religiosa e espiritual, classificando os pacientes padronizados (SPs) no nível de engajamento dos alunos com eles. Pediram, então, que os alunos refletissem sobre sua própria espiritualidade, em termos de seus níveis atuais e ideais de espiritualidade, a diferença que indica dissonância espiritual. Os estudantes de medicina (n = 232) preencheram o questionário De Medida De Saúde Espiritual e Medida de Desfecho da Vida (SHALOM), e seus SPs preencheram o Princess Margaret Hospital Satisfaction With Doctor Questionnaire (PSQ-MD).

Como resultados obtiveram uma correlação significativa e positiva entre o desengajamento (do PSQ-MD) e a dissonância de espiritualidade transcendente (do SHALOM) e, assim concluíram que os níveis mais elevados de desconexão de um caso de paciente com uma questão religiosa e espiritual (retratada por uma SP) foram associados a níveis mais elevados de incongruência nas respostas dos estudantes de medicina quanto à sua relação ideal com o transcendente (por exemplo, Deus, Alá, paz).

No artigo *La relación entre religión, espiritualidad y salud: una revisión crítica desde las ciencias sociales*a, Sarrazin (2021) apresenta uma revisão crítica da literatura científica sobre os efeitos da espiritualidade e da religiosidade na saúde humana. Por meio de uma análise hermenêutica dos textos, verificou-se que esse tipo de publicação carece de definições suficientemente claras e consensuais sobre conceitos e categorias analíticas.

Nesse sentido é um material que resultou do projeto de pesquisa intitulado "Espiritualidade e saúde. Uma perspectiva qualitativa e fenomenológica do caso colombiano", que o autor realiza independentemente sobre fenômenos religiosos e, especialmente, sobre o advento e a crescente difusão do conceito de espiritualidade nas sociedades ocidentais contemporâneas. Conclui-se que um novo arcabouço teórico-metodológico é necessário para explicar as crenças individualizadas e desinstitucionalizadas da modernidade tardia, e novas hipóteses são levantadas sobre a relação causal entre espiritualidade e saúde. Por fim, observa-se a necessidade de colocar em prática uma fenomenologia da espiritualidade, a fim de conhecer os sentidos e experiências que as populações locais associam ao conceito de espiritualidade.

Na esteira de Sarrazin (2021), Urchaga-Litago et al (2019), autores de *La Religiosidad Como Fortaleza Humana Múltiplas*, acentuaram que as suas investigações mostram a religiosidade como um fator de saúde física e psicológica. Assim, apresentaram uma revisão desses estudos e os resultados evidenciaram que os religiosos têm menos depressão, ansiedade, estresse, suicídio e frequência menor de hábitos insalubres, como o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas. Também, demonstraram que as pessoas religiosas têm menores taxas de morbidade e mortalidade, apresentando recuperações melhores e mais rápidas em doenças físicas (como cirurgia cardíaca ou intervenções no quadril), em vícios (álcool e outras substâncias) ou em estresse pós-traumático. Essas evidências podem estar relacionadas a diferentes forças psicológicas que a religiosidade promove, especialmente com o perdão, a gratidão, a espiritualidade, a justiça, a esperança, a humanidade e o fortalecimento das relações interpessoais.

Certamente que o panorama da pesquisa em saúde tem evidenciado estudos quantitativos entrelaçados com a pesquisa qualitativa e que muitos instrumentos têm se consolidados na área de Espiritualidade e Saúde, no entanto não nos pareceu que a religiosidade tenha sido compreendida como um conceito distinto da espiritualidade. Assim, a ideia que é superficialmente mostrada é que há a necessidade de maior aprofundamento e inter-relacionamento entre as áreas em favor de estudos multidisciplinares que compreendam o Ser Integral e busque uma atuação holística para uma prática médica que não se esqueça a Constituição do Ser segundo a abordagem grega arcaica apresentada por Possebon (2017), ou mesmo, como assinalaram Dethlefsen e Dahlke (2007, p. 14), sobre a doença ser "a perda relativa da harmonia".

Assimilando que tais estudos, para além de necessários, apresentaram as peculiaridades que preocupam médicos e pacientes no enfrentamento das doenças, relacionando tais condições

mediante a atuação da religiosidade e da espiritualidade, pode ser dito que o distanciamento do que foi mostrado se encontra no objeto. As investigações focadas na doença interseccionada com a religiosidade e a espiritualidade, destacando os aspectos positivos e as contribuições dessas práticas, ao passo que ao tratar os pacientes portadores de TB resistente, nesse trabalho, procuramos fazer o caminho inverso. Ou seja, ao investigar/ouvir as narrativas dos pacientes portadores de TB resistente diante do enfrentamento dessa doença - em tratamento ativo, sob uso das medicações específicas, ousamos (com)provar a fé de cada um dos entrevistados. Afinal, estamos diante de uma doença milenar e que, ainda, se mantém fortemente ativa pelo mundo, grassando inúmeras vidas a cada dia, conforme melhor discussão no capítulo quatro.

1.2 Religião, espiritualidade e fé

Ao iniciar essa jornada, de imediato, percebe-se a dificuldade que há em se conceituar o termo "religião". O próprio vocábulo evidencia uma insuficiência semântica, favorecendo conceitos amplos e variáveis. Diversos autores já se debruçaram sobre essa temática, ofertando e contestando definições, o que demonstra o debate acerca do desenvolvimento histórico e conceitual do termo. A questão semântica do termo "religião" permanecia aberta:

> (...) de matriz latina e assumido pela tradição cultural do Ocidente, era apto a definir essas concepções e mundo (...) que ainda hoje continuamos a considerar justamente como religiosas, apesar de os termos "religião" e "religioso" serem totalmente estranhos à linguagem das culturas antigas (...) e (...) extra-européias? (PRANDI, 2016, p. 254).

Tais colocações demonstram a complexidade do tema no intuito de aproximar-se de um conceito universal. Como é possível uma palavra provocar tantas elucubrações? Como citou Greschat (2005, p. 17), definindo-a, como: "(...) é como um labirinto. Perder-se-á nele quem não trouxer um fio na mão para se orientar". Esse universo instiga, encanta e segue afinando os nossos pensamentos, comungando da dificuldade conceitual rapidamente descrita, uma vez que muitos outros estudiosos ousaram desafiar esse "labirinto". Nessas conjecturas, compreendendo as discordâncias, nos remetemos à multiplicidade, pluralidade e diversidade que o termo religião exala. Nessa busca por definição, podemos observar o afloramento da tradição e o meio secular no qual vivemos, o que nos aproxima da vertente fenomenológica, o que amplia ainda mais a capilaridade da fronteira traçada pelas Ciências das Religiões.

Pensar o termo ‘religião’ só é possível na sua multiplicidade de definições. Durkheim (2003) faz uma discussão ampla e conhecida sobre o início da religião, discorrendo sobre os fenômenos elementares de que é formada toda religião até sua definição: “uma religião é um sistema solidário de crenças seguintes e de práticas relativas a coisas sagradas, ou seja, separadas, proibidas; crenças e práticas que unem na mesma comunidade moral, chamada igreja, todos os que a ela aderem” (DURKHEIM, 2003, p. 79). Essa definição, também, é contestada por outros estudiosos, em razão da postura estrutural-comparativa. A questão adquire uma dinâmica ainda maior na pluralidade do objeto.

Existem muitas maneiras de se pensar as diferenças, além de classificar os sistemas religiosos, a saber: religiões - enquanto instituições, igrejas, seitas e outras comunidades de fé. Brandão (2012) lembra que há uma polêmica a respeito do uso da palavra ‘seita’, quando utilizada em oposição com igreja. Portanto, ‘seita’ é uma palavra a ser evitada no contexto acadêmico, no sentido de procurar palavras que não desqualifiquem a religião e nem a religiosidade. Assim, optamos por chamar igreja uma comunidade de crença e culto institucionalizada, na qual existe uma hierarquia eclesiástica e um amplo corpo de fiéis, como aponta o referido autor, levando em consideração o que Durkheim (2003), em *As formas elementares da vida religiosa*, denominou de seita envolve a comunidade fechada de fiéis separada de outros por oposições sociais e simbólicas definidas e dirigidas por um líder carismático ou, ainda, uma pequena e transitória corporação carismática herdeira do carisma de seu líder fundador.

Sampaio (2014) pontua que a discussão do conceito de religião ocupou um número sensível de teóricos nas mais diversas áreas, sobretudo nas Ciências Sociais, a saber Antropologia da Religião, Sociologia da Religião e as Ciências das Religiões, adiante, a autora destaca:

> A lista de autores seria bastante significativa e o número de definições apresentadas seria tranquilamente inumerável. Apenas numa breve menção, pensando estes campos de estudo destacados, poderíamos citar: Max Müller, Émille Durkheim, Max Weber, Rudolf Otto, Mircea Eliade, Marcel Mauss, Clifford Geertz, Joachim Wach, Peter Berger, dentre muitos outros (SAMPAIO, 2014, p. 58).

Nos destaques da autora, a Sociologia das Religiões de Peter Berger (2013) avalia a religião a partir das considerações de Rudolf Otto e Mircea Eliade que entendem a religião como parte do empreendimento humano, através do qual se estabelece o cosmo sagrado e, nesse sentido, escreve referindo-se ao entendimento dos autores que “[...] a religião é a cosmificação

feita de maneira sagrada" (BERGER, 2013, p. 38). Nas narrativas do autor, a religião é uma projeção humana dentro da infraestrutura específica do contexto histórico. Adiante, também, faz uma afirmação representativa do conjunto da sua obra sobre o conceito de religião:

> Tem havido debates eruditos sobre o conceito de religião. Dada a grande variedade dos fenômenos incluídos neste conceito, faz sentido afinal usar de alguma forma o conceito? Devo confessar que considero esta questão extremamente interessante. Todo conceito pode ser desmontado para mostrar que ele não reflete a realidade complexa que pretendia delinear. [...] Todo conceito é uma construção arbitrária (que Max Weber o chamou de "tipo ideal"), que nunca corresponde plenamente à realidade, mas que é útil à medida em que nos permite classificar fenômenos reais e descobrir empiricamente onde as classificações falham (BERGER, 2013, p. 47).

O conceito de religião delineado por Berger (2013) abraça o pensamento de Mircea Eliade (1992), referência obrigatória para os estudiosos das religiões, que por sua vez faz uma abordagem fenomenológica não redutora dos fenômenos religiosos, observando que: "[...] o homem religioso assume um modo de existência específica no mundo, e, apesar do grande número de formas histórico-religiosas, este modo específico é sempre reconhecível" (ELIADE, 1992, p. 97). Na fala de Eliade, percebemos a distinção do homem 'religioso' e, assim, podemos crer numa diferenciação entre um 'não-religioso'.

Nessa distinção, o autor estabelece demarcações: um grupo específico formado pelo indivíduo que se comporta diferente dos demais, uma vez que assimila crenças, opiniões e práticas que o caracterizam fora do formato da coletividade, que por sua vez, o reconhece com a sua especificidade dentro da multiplicidade do coletivo. Com cuidado, o autor lamenta que uma palavra não seja possível carregar um conceito sem ser reducionista, mas arrisca-se e afirma:

> É lamentável que não disponhamos de uma palavra mais precisa que religião para exprimir a experiência do sagrado. Este termo carrega consigo uma história muito longa, mesmo que um pouco limitada sobre o plano da cultura. Pergunta-se como pode ser aplicada sem discriminação ao Oriente-Próximo, ao judaísmo, ao cristianismo e ao islamismo, ao hinduísmo, ao budismo e ao confucionismo, assim como aos povos ditos "primitivos". Mas é talvez tarde demais para buscar uma outra palavra, e religião pode ainda ser um termo útil desde que se lembre que não implica necessariamente numa crença em Deus, em deuses ou espíritos, mas se refere à experiência do sagrado e, em consequência, está ligado às ideias de ser, significação e de verdade (ELIADE, 1989, p. 9).

A afirmação de Eliade é lembrada na fala de Berger (2013) haja vista um conceito, seja qual for, traz em sua elaboração o seu contexto histórico, o que originou a sua etimologia. Será nessa trajetória que o vocábulo *religião*, como entende Schleiermacher (1768-1834) citado por Prandi (2016) que disserta acerca do discurso do filósofo e teólogo alemão, que ao chamar a atenção dos intelectuais de sua época que externavam resistência a esse termo, associando-o ao

cristianismo. Schleiermacher afirmou que "[...] no final do século XVII, os missionários Jesuítas do Canadá haviam mandado para a Europa, descrições detalhadas e preciosas sobre as culturas e as religiões dos iroqueses, que ajudariam a alimentar, no século seguinte, um amplo debate sobre os selvagens" (PRANDI, 2016, p. 254-255), significando o conhecimento de populações extra europeias, que possibilitou que fossem observadas as mais variadas formas de manifestação da religião, constatando-se que o cristianismo era apenas uma dentre as demais religiões.

Hock (2010), também, percebe essa dificuldade, especialmente quando é aplicado a fenômenos em outros contextos históricos e culturais, e define religião como um construto científico de vasta abrangência. Assim, vai dar ênfase à origem etimológica desse termo, construída por vários pensadores e intelectuais, de épocas distintas, que buscavam uma definição segundo a sua concepção, que por sua vez, estavam inseridas dentro de um âmbito histórico-cultural específico. Hock (2010) considera o entendimento de Cícero (106-43 a.C.) de que a religião, no modo de compreender romano, está relacionada a forma correta de realizar os atos dirigidos aos deuses, quando a transcendência é também imanência. Ao se referir a Lactâncio (sécs. III-IV), que distingue *religio* de *religare* – ligar de novo, ligar de volta, bem como a de Agostinho (354- 430 d.C.), o qual apresenta a *religio vera* – religião verdadeira, para indicar a ideia de ligar a alma que se afastou de Deus, Hock (2010) entende a religião como práxis que a aproxima de um construto científico.

Nessa discussão que aproxima religião e ciência, Latour (2004, p. 358) destaca um lapso, uma vez que a religião "[...] nada tem a ver com subjetividade, nem com transcendência, nem com irracionalidade", o que corrobora, segundo o pensamento do autor, para um erro de categorização a partir do qual pode ser observado que nem a ciência, menos ainda a religião, se preocupam com o 'visível', sendo que a ciência apreende o distante, enquanto a religião, nem mesmo tenta apreender coisa alguma.

Mediante as críticas de Latour (2004), Talal Asad (2010) vem assinalar que o termo religião, tal como se apresenta hoje, se liga ao contexto sociopolítico da sua concepção, o que significa dizer, para este antropólogo que a expressão 'religião' é fruto das relações de poder nas quais está envolvida e afirma que religião se conceitua como algo inerente à condição humana, assumindo como essencialista, em contraponto à desconstrução proposta por Bruno Latour. Entretanto, essa discussão é extensa e pouco provavelmente chegaremos a uma conclusão, portanto, o nosso objetivo é tecer as considerações segundo os olhares dos autores que se prestam para lastrear os estudos em Religiões, Teologia, CR, Ciências Humanas,

Ciências Sociais Aplicadas e Saúde, no sentido de apontar alguns caminhos que podem ser considerados como alternativas, ou como bem relatam Passos e Usarski (2016), no *Compêndio das Ciências das Religião* acerca do caráter social de uma disciplina, além de racionalizar que o conhecimento não é único e que os cientistas atuam conjuntamente, por esse motivo a importância de referenciar tantos autores e pensamentos distintos, que convergem na fala de que 'religião' não é um conceito fechado, mas uma complexidade de experiências.

Igualmente plural é o entendimento de espiritualidade, que merece esclarecimentos para desfazer equívocos de uma compreensão rasa de que 'espiritualidade' não necessita de religião, mas que é algo que transcende, é interessante considerar em qual lugar, ou a partir de qual abordagem queremos discutir e assim valorizar. Quer seja "(...) a partir da Teologia, das Ciências da Religião, das Ciências Humanas, das Religiões e da Saúde" (TAVARES et al., 2016, p. 86). Continuamente, temos visto esses conceitos serem utilizados de forma equivalente, acarretando equívocos que podem desviar tanto a espiritualidade, quanto a religiosidade, de seus reais significados e a necessidade dessa clarificação vai na pertinência do que concluem os autores a seguir:

> O discernimento entre o que significa e diferencia religião, religiosidade e espiritualidade, torna-se indispensável para a elaboração de pesquisas refinadas, proposta de instrumentos de medida mais precisos e consolidação dos conhecimentos que vêm se acumulando sobre o tema; além de situar a aplicabilidade de cada um destes conceitos nos diferentes cenários onde se dá o encontro dos indivíduos com a doença e com seu cuidador, em uma abordagem ampliada, que possa transcender o modelo puramente biomédico. Quem não admite participar do debate ainda se posiciona contra sua inserção na academia e contra as pesquisas. Embora o debate seja antigo, as perspectivas são novas e promissoras (TAVARES et al., 2016 p. 94).

A OMS conceituou a espiritualidade na multidimensionalidade da saúde. Assim, a considera como um conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material e com a hipótese de que há mais além do viver do que pode ser apreendido ou provado. Assim sendo, a espiritualidade se configura como algo capaz de superar as realidades da vida, de experienciar uma força interior que sobrepuja as próprias capacidades (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

É interessante compreendermos a espiritualidade como uma dimensão e não como um domínio de um grupo ou uma instituição religiosa. Leonardo Boff, escritor, pensador ligado à teologia da libertação e ex-frade franciscano, em sua obra intitulada: *Espiritualidade – Um caminho de transformação*, expõe-nos que o ser humano não possui apenas exterioridade; este também é um ser de profundidade e a espiritualidade seria a profundidade do ser humano. Esta se configura como uma dimensão de cada ser e que cada um revela pela capacidade de diálogo consigo mesmo, com o próprio coração e que se traduz pelo amor, pela sensibilidade, pela

compaixão, pela escuta do outro, pela responsabilidade e pelo cuidado como atitude fundamental (BOFF, 2001).

Corroborando o pensamento do Leonardo Boff e dando continuidade ao lastro traçado pela OMS, a espiritualidade segundo Underwood e Teresi (2002) citados por Peçanha e Silva (2005, p.8):

> [...] está envolvida com a transcendência, com o lidar com questões finais sobre o sentido da vida, com a aceitação de que há mais vida do que podemos ver ou entender completamente. Espiritualidade pode nos chamar para o envolvimento com o eu, para se preocupar e ter compaixão com os outros. Enquanto a religião tenta influenciar para encorajar e prover a vida espiritual - e a espiritualidade é normalmente um aspecto saliente da participação religiosa - é possível adotar formas de encontros religiosos e doutrinas sem ter um forte relacionamento com o transcendental.

Diferindo-se da espiritualidade, mesmo estando em campos de análises muito próximos e inteiramente relacionados, mas com peculiaridades próprias se diferenciando, a religiosidade detém características comportamentais e sociais, envoltas e orientadas por doutrinas e denominações, isto por envolver um sistema de pessoas e doutrinas vividas e compartilhadas por um grupo. A religião busca motivar nos indivíduos, no fiel, animar e abastecer a vida espiritual (PEÇANHA; SILVA, 2005).

A religião, aquilo que vai normatizar e orientar a religiosidade, se estrutura como agência de controle com uma característica capaz de se conectar com o sobrenatural, de forma a criar ou alterar certas contingências. Desse modo, se aproximar dessa agência religiosa, por meio de um ser superior que controla as contingências presentes, reforça, pune e traz certezas de um amanhã mais feliz é, de certa forma, assegurar a felicidade a longo prazo (SKINNER, 2003).

Quando adentramos a esfera da transcendência e buscamos compreender as singularidades da espiritualidade e da religiosidade, concluímos que todas as religiões possuem como alicerce a experiência com uma realidade misteriosa, também alegórica e fascinante que se envolve e abastece o homem de poder, manifestando a presença de algo transcendente que é percebido e sentido no hodierno da existência humana e com uma grande capacidade de transformar a vida. Desta forma, a espiritualidade é a experiência de contato com algo que transcende as realidades normais da vida. É o experimentar uma força interior que supera as próprias capacidades (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

A relação entre espiritualidade/religiosidade e a vivência do indivíduo dentro do processo saúde-doença pode ser muito bem compreendida como uma busca que o homem tem do bem-estar. Saúde e doença são compreensões provenientes de um aditivo histórico, cultural,

político e ideológico, no qual os seres humanos estão imersos. Assim, a revisão e a revisitação de valores culturais constituem um manancial para modificação do contexto e organização das sociedades. A necessidade de uma abordagem holística (integral, ampliando a dimensão do cuidar, enxergando a doença e a partir de uma visão humana) é sentida desde o início dessas mudanças de paradigmas, impulsionando uma nova discussão no campo dos saberes e das ciências para novas construções e atitudes (MONTEIRO; ROCHA JUNIOR, 2017).

No processo saúde-doença, a espiritualidade e/ou religiosidade se configuram como uma importante estratégia para o enfretamento da doença e/ou de situações relativas no processo de manutenção da saúde, ou da qualidade de vida em meio a eventos estressores comuns em processos terapêuticos nos portadores de doenças crônicas ou não.

Para Fornazari e Ferreira (2010), as dimensões da religiosidade e da espiritualidade figuram como associados importantes para as pessoas doentes. Todavia, o enfrentamento religioso traz consequências que irão determinar se os resultados na saúde dos pacientes se apresentam positiva ou negativamente. Koenig; Pargament e Nielsen (1998) trazem a identificação das estratégias de enfrentamento positivas, aquelas que repercutem em melhoras na saúde mental, diminuição do estresse, crescimento espiritual e cooperatividade.

Quanto às estratégias de enfrentamento negativas, estas seriam aquelas relacionadas ao resultado negativo na qualidade de vida, depressão e saúde física, como por exemplo uma postura de recusa de tratamento por crer que sua cura estar por vir da ação divina. Assim, temos a ciência de que espiritualidade/religiosidade são capazes de abrir/proporcionar o alívio ou o incômodo, o bem-estar ou ocasionar o estresse, dependendo de como for o enfrentamento do indivíduo. Se positivo ou negativo, aquele que está, também, inserido no processo, ou seja, o profissional de saúde necessita saber como agir com estes tipos díspares de realidades, respeitando as características individuais dos pacientes e respeitando, inclusive, a espiritualidade/religiosidade destes.

As pesquisas científicas estão abrindo espaços para a reflexão no tocante a espiritualidade/religiosidade no campo da saúde, mesmo que engatinhando como dito acima. Entretanto, de acordo com Panzini e Bandeira (2007), os profissionais do campo das Ciências da Saúde têm indicações científicas do benefício da exploração da espiritualidade no processo terapêutico de qualquer doença. O hiato entre medicina e espiritualidade/religiosidade está sendo preenchido: os profissionais de saúde têm descoberto a importância da prece, da espiritualidade e da participação religiosa na melhora da saúde física e mental, bem como para

responder situações estressantes, na promoção de bem-estar e na qualidade de vida (FORNAZARI; FERREIRA, 2010)

Para falar de fé, a Bíblia de Jerusalém (2016, p. 2097) relata no capítulo 11 de Hebreus a fé dos antepassados descrevendo que "(...) a fé é a certeza daquilo que esperamos e a prova das coisas que não vemos". Nesse sentido, Pessini (2007, p. 189) afirma que "(...) a fé é descrita como uma crença numa força transcendente superior não identificada diretamente com Deus, nem vinculada necessariamente com a participação dos rituais ou crenças de uma religião organizada específica". Ou seja, a fé é um instrumento que leva a sua razão a outro patamar.

Nesse entendimento, vale afirmar que compreendemos a fé como independente da causa que motive as pessoas a possuir uma convicção interior ou religião. Para Amatuzzi (2003, p. 570) "(...) a fé seria, então, a ligação com o esperado, a determinação da ação, o vivido de uma opção que mobiliza todo o ser". Assim, o autor recorda que todos nós temos uma fé que é aquilo que dá sabor a nossa existência. Portanto:

> É a aposta de cada um, que o faz viver. Dizer que o ser humano precisa de significação é dizer que ele constrói uma fé. Isso, no entanto, não quer ainda dizer que essa fé seja religiosa. Ela pode se tornar religiosa em função de sua intensidade, associada à totalidade e abrangência de seu envolvimento (AMATUZZI, 2003, p. 570).

Muito da tese de Amatuzzi (2003) está ancorado no pensamento de Juan Luís Segundo (1983), que destaca o ser humano como constituído de fé e ideologia, independentemente de a pessoa ter ou não uma religião, uma vez que a fé designa a dimensão antropológica do ser humano, enquanto a ideologia designa sua experiência objetiva. Por isso, o mundo religioso pode ser considerado um espaço "ideológico", uma vez que a ciência e a razão são atribuídas ao sistema de valores de cada existência (SEGUNDO, 1983).

Na concepção de Segundo, está expressa a ideia de que a essência humana tem como critério de sua realização ideal a transcendência por excelência, que, portanto, para alcançar a graça, "as razões do coração têm que estar integradas com as razões da razão" (SEGUNDO, 1983, p. 267). Tal pensamento, se harmoniza com as ideias de Teilhard de Chardin (2001) que considera ser essencial para o crescimento humano, considerando a sua profunda intuição místico-metafísica, "(...) que o ser humano da noosfera de hoje vai, um dia, atingir as alturas da logosfera, incorporando a inteligência analítica na razão intuitiva" (TEILHARD DE CHARDIN, 2001, p. 29).

Segundo (1983) compreendeu a interdisciplinaridade contida no pensamento de Teilhard de Chardin (2001), que transita entre os vários ramos da Ciência e da Teologia, proporcionando, assim, sua complexidade e a isso chamou de 'princípio universal', porque

sustenta a compreensão de um Universo único sem excluir a possibilidade de seu desdobramento em vários outros segmentos conforme aquilo no que se crer, o que significa dizer que o ser humano compreende aquilo que o afeta, no contexto da crença em poder torná-lo melhor, a isso chamamos fé, que não chega depois da revelação, antes pelo contrário, é parte ativa indispensável, característica da própria revelação.

Interessante a temática da fé no âmbito da medicina. Nesse contexto, destacamos que a discussão é ampla e longeva. O Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM/PB), por meio de seu jornal, traz um artigo intitulado "Importância da fé na medicina", no qual a Dra. Célia Madruga, há cerca de 17 anos[9], fez algumas reflexões e pontuações sobre esse assunto, destacando-se que

> A ciência biológica nos diz que a fé é o resultado da interconexão de diversas regiões cerebrais. Foi demonstrado que orações repetidas diminuem os batimentos cardíacos e o ritmo da respiração, baixam a pressão sanguínea e reduzem a velocidade das ondas cerebrais. Há evidências que a medicina, a psiquiatria, a psicologia, a psiconeuroimunologia se propõem a respeitar a importância da fé e das crenças, religiosas ou não, do paciente na evolução de sua doença (MADRUGA, 2005).

Assim, nesse estudo buscamos dialogar, direcionando aos portadores de TB resistente, todavia servindo de protótipo às demais doenças, especialmente as de curso crônico, nas quais os adoecidos tendem a tornar-se literalmente pacientes, amparando-se na fé "(...) em si mesmo, no médico, na disposição favorável dos deuses e na piedade de Jesus Cristo" (MADRUGA, 2005, p. 1), de acordo com a espiritualidade/religiosidade e até a falta de alguma ligação nominal com quem quer que seja ou, ainda, algo de sobrenatural e, dessa forma, procuramos estabelecer um diálogo empático cultivando a equidade.

1.3 Os olhares da pesquisa qualitativa e fenomenológica em Ciências das Religiões nos estudos das 'escrituras'

A questão metodológica da pesquisa em CR é outra produção cara, como tal deve ser tratada de forma muito bem delineada. Um exemplo é a narrativa de Clark Roof (2015), no texto que faz parte de um conjunto dentre seis capítulos, do *The Routledge Handbook of Research Methods in the Study of Religion* (2011), organizado por Michael Stausberg e Steven Engler e apresentados na *Revista Rever*, traduzidos para o português. Roof inicia o seu texto

[9] Aqui, é importante realçar o tempo, no intuito de evidenciar que, no estado da PB, as instituições formais, como o CRM/PB, já se ocupavam em discorrer sobre a fé e a prática médica intramuros.

assinalando uma questão pertinente ao ambiente acadêmico, não somente das Ciências das Religiões, mas a muitas outras áreas de conhecimento, uma vez que a metodologia é fundamental para a investigação científica.

Isto posto, porque as dúvidas, para o autor, acontecem somente como reflexo de uma área de conhecimento que não possui uma abordagem "[...] metodológica própria e distinta. [...] empresta métodos e lógicas de estudo de várias disciplinas dentro das Ciências Humanas e Sociais, e cada vez mais das Ciências Cognitivo-Evolutivas, mas também do estudo moderno da religião, como um campo, agora liberado dos limites da reflexão teológica" (ROOF, 2015, p. 144).

Acerca disso, compreende os estudos da religião no âmbito de um pluralismo emergente e livre das amarras eclesiásticas, tanto pela diversidade religiosa, quanto por meio do pluralismo metodológico presente nas Ciências das Religiões, chamam a atenção de Roof (2015), que aponta para a presença do hibridismo intelectual como um acréscimo aos estudos da religião, fazendo leituras distintas que perpassam desde a "[...] história da Fenomenologia, Filosofia e Estudos Textuais, por um lado, e da Antropologia, Sociologia e Psicologia, por outro. Não há um paradigma singular de estudo amplamente aceito" (ROOF, 2015, p. 144).

O autor sugere, ainda, que um objeto carece de um bom plano de pesquisa, porque "[...] abordagens analíticas são comuns, muitas vezes deixando os alunos confusos quanto ao que realmente sabemos sobre a religião" (ROOF, 2015, p. 144). Ou seja, a pluralidade metodológica associada à imprecisão conceitual do objeto, também contribui para as diferentes abordagens. Nas palavras do autor:

> Além disso, o fenômeno que estudamos é elusivo, difícil de estabelecer e desafia uma definição fácil. Para aumentar a complexidade, "religião", no contexto de vida das pessoas, tem significados tanto de primeira ordem quanto de segunda ordem. Há os quadros interpretativos dos próprios crentes religiosos, que são, muitas vezes, o objeto de estudo dentro, digamos, da etnografia (ROOF, 2015, p. 144).

Como proposta, o texto fala dos procedimentos metodológicos e a abordagem investigativa atenta em um projeto de pesquisa plausível, que busque ser bem sucedido por meio de boas escolhas, além de optar por ferramentas que permitam a interpretação e a representação dos resultados, segundo os critérios de autenticidade e confiabilidade, que se remetem para a dimensão das virtudes pessoais oriundas do próprio pesquisador, além de garantir o espaço para a intersubjetividade presente no pensamento de outros tantos pesquisadores que no uso de igual metodologia e, obtendo os mesmos dados, devem apresentar respostas similares, ainda que com linguagens próprias sem nenhuma culpa.

Outra preocupação pertinente no contexto da pesquisa é o entendimento de que a religião pode ser entendida de forma particular, principalmente no mundo contemporâneo, logo, por carecer de uma formulação completa de um plano de pesquisa que exclua o ponto de vista pessoal, uma vez que estes não se encaixam no tempo e nos contextos mais diversos, ainda que de certa forma, seja tentadora a propensão de impor os nossos próprios pontos de vista, temporalmente limitados, em suas formas e significados, como se esses se encaixassem em outros tempos e lugares.

Diante do exposto, é válido apontar os caminhos de que aqui realizamos uma pesquisa de natureza qualitativa, que para atender uma ciência tão plural e um objeto polissêmico vai utilizar a abordagem fenomenológica. Nesse sentido, é preciso compreender a Fenomenologia pertinente aos estudos das CR. Assim, traçamos a trajetória, inicialmente, com a narrativa de Eliade (1992) nas concepções entre sagrado e profano, em obra homônima, a partir da qual o estudioso vai considerar a importância do processo, conferindo-lhe maior interesse. Portanto, o autor vai reconhecer o papel de Gerardus van der Leeuw (1890-1950) para a Fenomenologia da Religião (FR)[10], além de destacar a contribuição dos historiadores das religiões, que seguem duas correntes distintas entre si, mas que se complementam: alguns se concentram nas estruturas específicas dos fenômenos religiosos, enquanto outros perseguem o contexto histórico desses fenômenos. Para Eliade (1992, p. 11), "[…] os primeiros esforçam-se por compreender a essência da religião, os outros trabalham por decifrar e apresentar sua história".

Trata-se, portanto, de um estudo de caráter fenomenológico, que traz inicialmente uma breve contextualização do enfrentamento das doenças infecciosas, em particular da TB resistente por usuários que fazem acompanhamento médico no CHCF, na interface entre espiritualidade e saúde, cada vez mais presentes no cotidiano da sociedade brasileira. Nesse contexto, o pensamento eliadiano está assentado na dialética sagrado/profano, que o autor se preocupa em apresentar no caminho oposto da polaridade, uma vez que não se colocam em lados opostos, mas na continuidade. Eliade (1992) estabelece as limitações dos estudos desenvolvidos por Gerardus Van der Leeuw e Rudolf Otto, o primeiro por considerar apenas as estruturas dos fenômenos religiosos e seus contextos plurais, enquanto o segundo desconsidera a análise dos mitos.

A compreensão do autor é de que o mito é essencial para os estudos das religiões, uma vez que não pode ser considerado uma narrativa imaginária ou, ainda, um conjunto de aventuras

[10] O termo Fenomenologia da Religião foi usado, pela primeira vez, em 1878, pelo holandês Chantepie de la Saussaye, professor de História das Religiões de Amsterdã (CRUZ, 2009, p.123).

para explicar algo lógico, mas a concepção de mundo, ou seja, a fundamentação original e arquetípica da realidade (ELIADE, 1992). Nesse sentido, ao longo dos seus estudos acerca das religiões, procurou delimitar o evento religioso no que possui tanto de peculiar, quanto de irredutível, dentre os vários fenômenos em sua verve antropológica, portanto, vai se centrar na dimensão do sagrado e valorizar os acontecimentos, os gestos, as falas etc.

A partir desse olhar eliadiano, percebemos o que o autor chamou hierofanias, que são manifestações do sagrado que acontecem na intimidade do ser religioso, mas que não precisa, necessariamente, de uma religião em particular para ocorrer. Ou seja, Eliade (1992) não concentra a sua preocupação em explicar o sagrado, mas estabelecer as conexões entre sagrado e profano, como sobrenatural e natural, não por ocuparem espaços antagônicos, mas por concepção dialética.

Para fundamentar o seu estudo, o autor dá o exemplo de que o sagrado pode se manifestar em objetos ou pessoas - Eliade usa o exemplo das pedras, que muitos consideram como profanos/naturais. Mas, por meio da hierofania, essa mostra sobrenatural é a materialização do sagrado, no entanto, nem esses objetos, tampouco essas pessoas, são sobrenaturais em si mesmo, ou seja, a pedra não deixa de ser pedra. Segundo o seu entendimento, continuam sendo o quê e quem são no mundo natural, compreendido como profano. Assim, todo o universo é passível de tornar-se uma hierofania – "[...] a manifestação de algo "de ordem diferente" – de uma realidade que não pertence ao nosso mundo – em objetos que fazem parte integrante do nosso mundo "natural", "profano"" (ELIADE, 1992, p. 17), e nisso enxergamos o paradoxo da história das religiões para o estudioso romeno.

Dentro dessa fenomenologia, a concepção de religião está em consonância com o ponto de vista do que é sagrado e, nesse contexto, podemos observar a teologia fenomenológica na qual 'sagrado' significa o *mysterium tremendum et fascinans*, ou que, segundo Otto, provoca no ser humano tremor, arrepios, temor, além de atração e fascinação (OTTO, 2007). Cruz (2009), na tentativa de descrever o numinoso[11], faz algumas ponderações acerca do que é o 'sagrado' descrito por Otto:

> Após problematizar o racional e o não-racional presente na ideia de sagrado, Otto inicia um processo de descrição do numinoso, pondo em destaque os vários elementos que o compõem. Esse processo se constitui na tentativa de desencobrimento do sagrado, o que significa uma volta ao que é próprio de sua essência, processo que implica, portanto, uma fenomenologia, ou seja, uma volta à coisa mesma. A análise proposta por Otto desemboca assim, na expressão *mysterium tremendum et fascinans*. O *tremendum* é sentido como o todo-poderoso, a energia; o *mysterium*, como o

[11] O vocábulo numinoso provém do termo latino *numen*. Cruz (2009) o descreve como "uma categoria numinosa passível de interpretação e avaliação e, da mesma maneira, um estado da alma que se manifesta quando essa categoria se aplica" (p. 133).

> qualitativamente diferente, os dois formando contrários harmoniosos descritos como o terror incontrolável que penetra e subjuga a alma (...) (CRUZ, 2009, p. 133-134).

Acerca das experiências vividas, a FR desenvolvida por Van der Leeuw (ELIADE, 1992), ocorre como um fenômeno revelado de maneira progressiva e acontece em três etapas, entendidas como: vivida, compreendida e testemunhada, o que contribuiu para que o autor alargasse o campo da FR, estabelecendo uma análise histórica e antropológica das religiões na singularidade pessoal inserida na pluralidade da construção sociocultural.

A análise fenomenológica da religião de Edmund Husserl, que ficou conhecido como o pai da fenomenologia, preocupou-se com o acesso à verdade do mundo e do homem, buscando a estrutura das vivências para compreender o fundo dos fenômenos culturais, além de superar o positivismo científico, consolidando um programa de uma fenomenologia filosófica (HUSSERL, 2006). Assim, em sua concepção, Husserl compreende a Fenomenologia como "(...) a experiência do modo como ela acontece e se processa. Para tanto é preciso [...], colocar a realidade entre parênteses, suspendendo todo e qualquer juízo. Não afirmar, nem negar, mas antes abandonar-se à compreensão é o modo de atingir a realidade, assim como ela é (RIBEIRO, 1994, p. 47).

Em seu pensamento, Husserl se apropriou da herança de Franz Brentano – estudioso de psicologia, fundador da psicologia do ato[12] "(...) interessado em analisar cientificamente os atos psíquicos de modo qualitativo" (GONÇALVES; FERNANDES, 2020, p. 6). Por assim dizer, a análise fenomenológica de Husserl utilizou-se das suas categorias fundamentais, abarcadas como:

> (...) intencionalidade, intuição categorial, mundo da vida, consciência, objetividade, subjetividade, intersubjetividade e a fundamental distinção entre hylé e noesis. Por isso, a questão de Deus, por mais metafísica que pudesse parecer, teria, na fenomenologia da experiência religiosa, uma esteira de cunho hylético (material) e noético (conteúdo), em que se tem o significado da referida experiência, efetivada tanto no âmbito pessoal quanto comunitário (GONÇALVES; FERNANDES, 2020, p. 6).

Cruz (2009) faz alguns questionamentos acerca da Fenomenologia em seu trabalho no intuito de favorecer um melhor entendimento e pontua:

> A história das ciências das religiões viu-se marcada por uma considerável revolução paradigmática. Aconteceu uma passagem do método *denominado comparative religion*, que consistia em, por meio de comparações, evidenciar os elementos comuns

[12] Embora não fosse psicólogo, Brentano se dedicou à Psicologia e, como precursor da Fenomenologia, foi um desbravador de questões fundamentais que, atualmente, perpassam as bases epistemológicas e filosóficas das abordagens fenomenológicas e humanistas em psicoterapia. Assim, o texto aborda sua teoria da intencionalidade, a Psicologia do Ato e a Filosofia do Presente como contribuições significativas à prática das psicoterapias humanistas (BORIS, 2011, p. 193).

> entre crenças e ritos das variadas religiões, visando a identificação do que unia todas elas, para o método ligado à fenomenologia, de Husserl. Com este novo método são retomados, para as ciências das religiões, dois conceitos fundamentais da fenomenologia de Husserl: a *epoché* e a redução eidética (CRUZ, 2009, p. 123).

Da mesma maneira que Husserl vai beber na fonte de Brentano, Martin Heidegger e Edith Stein, como discípulos de Husserl, trilharam caminhos próprios na Fenomenologia. Enquanto Heidegger analisou a religião por meio de uma fenomenologia hermenêutica da faticidade (*faktische Lebenserfahrung*), que está ligada à experiência religiosa do sujeito individual, inserido em seu contexto vital e relacionado com outros sujeitos (HEIDEGGER, 1995); Stein[13] articulou a sua fenomenologia a partir do pensamento de Tomás de Aquino, que se ocupou "(...) da concepção de ser humano compreendido em sua singularidade e em sua relação com os outros, desenvolvendo os conceitos de pessoa e de comunidade, e, dentro desta, as concepções de massa, sociedade e Estado, vindo inclusive a pensar em comunidade estatal" (BORIS, 2011, p. 197).

Assim, a FR se constitui um campo acadêmico em conexão com diversas ciências, entre elas: filosofia, antropologia, história, psicologia, sociologia e teologia, e, nessa multidisciplinaridade, torna possível estabelecer uma análise da religião a partir da experiência religiosa do ser humano nas suas concepções histórico-sociais e culturais, o que segundo Vilhena (2005) inclui os símbolos e ritos; as narrativas mitológicas, doutrinárias e religiosas/espirituais dentro da singularidade própria que permeia o seu relacionamento com o sagrado/sobrenatural/divino.

Mediante a escolha por uma investigação qualitativa, por meio de uma abordagem fenomenológica, assinalamos sobre o que narram Sampieri, Collado e Lúcio (2013), que apresentam a reflexão como uma ponte, o elo que une pesquisador e participantes. Dessa maneira, acreditamos que esse tipo de enfoque é promissor a concretização dos objetivos propostos neste trabalho conforme afirmam:

> O enfoque qualitativo pode ser pensado como um conjunto de práticas interpretativas que tornam o mundo "visível", o transformando em uma série de representações na forma de observações e anotações, gravações e documentos. É naturalista (porque estuda os objetos e os seres vivos em seus contextos ou ambientes naturais e cotidiano) e interpretativo (pois tenta encontrar sentido para os fenômenos em função dos significados que as pessoas dão a eles) (SAMPIERI, COLLADO; LÚCIO, 2013, p. 35).

[13] Edith Stein foi assistente de Husserl.

A pesquisa qualitativa apresenta-se com características que não se restringe a um único modelo, teoria ou abordagem, usando diversos métodos, o que a torna flexível. Na perspectiva de escolha de uma abordagem qualitativa, se entendeu que o estudo fenomenológico seria apropriado, como descreve Creswell (2014, p. 72) segundo o qual corresponde ao "(...) significado comum para vários indivíduos das suas experiências vividas de um conceito ou um fenômeno".

Porém, no desafio de responder a uma investigação do fenômeno da TB dentro das narrativas bíblicas, valemo-nos de Sampieri, Collado e Lúcio (2013, p. 520), sobretudo quando dissertam que "a típica pergunta de um estudo fenomenológico se resume em: Qual é o significado, estrutura e essência de uma experiência vivida por uma pessoa (individual), por um grupo (grupal) ou uma comunidade (coletiva) em relação a um fenômeno?" Assim, entendem que Fenomenologia se fundamenta em:

> No estudo, o que se pretende é descrever e entender o fenômeno a partir do ponto de vista de cada participante e da perspectiva construída coletivamente. O desenho fenomenológico se baseia na análise de discursos e temas específicos, assim como na busca de seus possíveis significados. O pesquisador confia na intuição, imaginação e nas estruturas universais para conseguir apreender a experiência dos participantes. O pesquisador contextualiza as experiências em relação a sua temporalidade (quando aconteceram), espaço (onde ocorreram), corporeidade (as pessoas físicas que a viveram) e o contexto das relações (os laços produzidos durante as experiências). As entrevistas, grupos focais, coleta de documentos e materiais e histórias de vida são utilizadas para encontrar temas sobre experiências cotidianas e excepcionais. Na coleta enfocada obtemos informação sobre as pessoas que tiveram experiências, com o fenômeno que estudamos (SAMPIERI, COLLADO, LÚCIO, 2013, p. 502).

Por esse viés, apresentamos uma pesquisa qualitativa e fenomenológica, que vai utilizar sensibilidade, empatia e equidade na aproximação com os sujeitos da pesquisa, aqueles que se mostrarão segundo as suas vivências e que darão "ênfase em um fenômeno a ser explorado, expresso em termos de um único conceito ou ideia como a ideia educacional de 'crescimento profissional' (...)" (CRESWELL, 2014, p. 73), por exemplo. Existem muitos tipos de Fenomenologia que envolvem variados procedimentos de coleta, que vão envolver desde entrevistar indivíduos, que experimentam/experimentaram um fenômeno, até a leitura de poemas, realização de observações ou, mesmo, referenciar documentos.

Também, na sua característica qualitativa, uma investigação dessa natureza se firma "em uma lógica e em um processo indutivo (explorar e descrever, e depois gerar perspectivas teóricas)" (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013, p. 33). Creswell (2014), por sua vez, dando maior importância para o processo de pesquisa e os procedimentos que a envolvem, vai delinear a investigação qualitativa, bem como o trabalho do pesquisador e o seu resultado. Considerando

a grande variedade e complexidade de definições relativas à religião e à espiritualidade, o grande desafio mediante às falas dos sujeitos será discutir e mostrar a importância desses conceitos para o estudo de suas relações com a saúde.

Diante das considerações acerca da Fenomenologia e tencionando destrinchar sua aplicação nesse estudo, teceremos alguns comentários que se fazem pertinente para uma melhor compreensão dessa metodologia. De acordo com França (1989, p. 31-32), o método fenomenológico é construído em três etapas, que são: redução, descrição e interpretação. A redução compreende um modo peculiar de prestar atenção, de se chegar ao fenômeno. A descrição abrange a enumeração dos aspectos imprescindíveis para tornar o fenômeno conhecido e a interpretação é o caminho mais seguro para que a verdade se desvele, desde que não se aplique quaisquer juízos de valor. Portanto, essa técnica não é rígida, engessada, de modo a assegurar que se alcance a essência do fenômeno, buscando respostas claras e significativas. Nesse sentido, ao retornar a temática desse estudo, buscamos melhor descrever o fenômeno fé nas narrativas dos pacientes portadores de TB resistente e em acompanhamento no CHCF.

1.4 Os procedimentos, técnicos, analíticos e éticos

Diante da atual situação pandêmica e das reestruturações dos serviços de saúde para o atendimento médico, especialmente no serviço onde inicialmente seria desenvolvido o trabalho, por ter se tornado referência no estado da PB para o atendimento dos casos de covid-19, o presente estudo necessitou adequar-se e, também, se reorganizar, sendo redirecionado aos pacientes portadores de TB resistente em tratamento específico com a finalidade de compor importantes análises do ponto de vista fenomenológico acerca da espiritualidade/religiosidade no enfrentamento dessa doença infectocontagiosa.

1.4.1 Local do estudo

O estudo, em sua parte prática, foi desenvolvido no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF), conforme carta de anuência do serviço (**Anexo III**), que é um hospital de referência no estado da PB para o atendimento das seguintes doenças infectocontagiosas: TB, HIV/Aids e hanseníase. Todavia, diante da pandemia de

covid-19, priorizou e direcionou mais intensamente o atendimento a essa patologia, em detrimento as demais, o que prejudicou e impactou diretamente no volume de atendimento.

Vale destacar que a escolha do referido serviço se deu pela importância ímpar que o mesmo representa aos portadores de TB, especialmente os de natureza resistente, em vários quesitos, que perpassam pelo acolhimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento desses adoecidos. Assim, diante dessa notabilidade, cabe um momento aparte para contemplar o seu papel histórico, conforme discutido no capítulo quatro adiante (ver item 4.3).

1.4.2 População da pesquisa

A população do estudo compreende os pacientes com diagnóstico de TB resistente e em tratamento no CHCF, que estejam cadastrados no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB). Abrimos, entretanto, a palavra para reconhecer que os sujeitos da pesquisa são tanto o investigador, quanto o investigado, isso posto, por quê:

> Está cada vez mais evidente que, num processo de pesquisa o investigador interage com sujeito e é dessa interação que se originam os dados. Dessa perspectiva, descobre-se o sujeito investigado como produtor de realidade e de conhecimento, A realidade investigada seria, portanto, construída pela interação entre os sujeitos, pelas trocas que conferem significado às mutantes configurações sociais (GONSALVES, 2018, p. 123).

Esse registro é necessário para reconhecer o lugar e o papel dos atores e autores das relações que estabelecem entre si, além de assegurar o lugar do não-objeto desses sujeitos, segundo o pensamento de Gonsalves (2018).

Uma vez reconhecidos os sujeitos, é importante revelar que o cadastro no SITE-PB se destina à notificação e ao acompanhamento dos casos de TB que tem indicação de tratamentos especiais, quer pela ocorrência de reações adversas, toxicidade ou certas comorbidades que impossibilitam o uso do esquema básico, quer por resistências. Assim, é a principal ferramenta responsável pela vigilância dos casos com indicação de tratamento especial para TB no Brasil desde 2013 (BARTHOLOMAY et al., 2019).

Compreende um sistema online, complementar ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), já que todos os indivíduos devem ser notificados nesse sistema ao confirmar o diagnóstico de TB, independentemente do tipo de tratamento a ser utilizado. O SITE-TB, também, possibilita a notificação e acompanhamento de casos de micobacteriose não

tuberculosa (MNT), que devem ser atendidos e acompanhados por unidades de referência secundária e terciária. Assim, o mencionado sistema

> Além de possibilitar o monitoramento da situação atual da TBDR no Brasil, o SITE-TB tem sido utilizado para o desenvolvimento de pesquisas operacionais. O sistema fornece dados oportunos, reveladores da magnitude da TBDR no Brasil e da qualidade da assistência oferecida às pessoas com TBDR (BARTHOLOMAY et al., 2019, p. 3).

Para acessar o sistema, é necessário estar cadastrado, e realizar o "login" com nome de usuário e senha próprios. O acesso ao SITE-TB é concedido pelas Coordenações Estaduais de Controle da Tuberculose e pela Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Respiratórias de Condições Crônicas (CGDR/DCCI/SVS/MS). No CHCF, esse acesso é feito pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Desse modo, os dados utilizados nesse estudo foram fornecidos pelo citado núcleo, com acesso ao SITE-TB em 23 de novembro de 2021. De acordo com os dados extraídos no sistema, utilizando-se os filtros 'estado da Paraíba' e 'TB droga resistente', desde 2002 (data em que se disponibilizou dados sobre TB resistente na PB por meio digital[14]) até a data desse acesso foram notificados e acompanhados 258 casos de pacientes com TB resistente. Isto é, em cerca de vinte anos de utilização dos dados por meio digital, aprimorado pela citada ferramenta a partir de 2013, foi possível identificar um montante de 258 pacientes que tiveram notificação para resistência. A utilização desse conjunto de filtros justificou-se, apenas, para se ter uma compreensão numérica do universo de pacientes que tiveram o diagnóstico de TB resistente no estado da PB desde a informatização dos dados. Salientamos que, quando se acrescentou o filtro 'em tratamento', foi possível identificar a população do estudo. Portanto, a população elegível para esse estudo compôs-se de 17 casos de pacientes com diagnóstico confirmado de TB droga resistente (TBDR), que estão em tratamento e acompanhamento no CHCF na citada data do levantamento (23/11/2021) no estado da PB.

1.4.3 Critérios de inclusão /exclusão

Os critérios de inclusão consideraram: os pacientes adultos, maiores de 18 (dezoito) anos, ambos os sexos, que tiveram diagnóstico confirmado, estavam em tratamento para TB

[14] Segundo Bartholomay e colaboradores (2019, p. 2), a informatização iniciou-se por meio de planilhas digitadas no aplicativo Microsoft Office Excel®, com dados a partir de 1994. Em 2004, mediante um convênio entre o Centro de Referência Professor Hélio Fraga e o Projeto Management Sciences for Health, financiado pela United States Agency for International Development, foi desenvolvida a principal ferramenta para monitorar a TBMDR no Brasil: o Sistema TBMR. O aprimoramento para SITE-TB ocorreu em 2013.

resistente e em acompanhamento no CHCF. Ao passo que os critérios de exclusão consideraram os pacientes com diagnóstico de transtornos psiquiátricos, bem como aqueles que não aceitaram participar da pesquisa. Diante de uma população tão específica e pela dificuldade de acesso aos pacientes em virtude, ainda, do cenário pandêmico, o quantitativo de sujeitos que aceitaram participar do estudo firmou-se conforme a possibilidade de acesso aos mesmos durante o período da coleta de dados, que se deu de 02 de agosto de 2021 a 03 de março de 2022. Assim, contamos com a colaboração de cinco sujeitos e a recusa de um.

1.4.4 Procedimentos técnicos e analíticos

Quanto aos procedimentos técnicos, os pacientes identificados previamente no ambulatório e/ou enfermaria da Pneumologia Sanitária do CHCF e que se enquadraram nos critérios de inclusão foram abordados diretamente e convidados a participarem do estudo. As entrevistas foram todas presenciais e, em atenção aos protocolos de segurança da OMS (WHO, 2020), foi mantido o distanciamento entre entrevistadora e pacientes; assim como, foram utilizadas as máscaras, tipo cirúrgica ou de tecido para o paciente (já em uso pelo próprio indivíduo), e tipo N95 ou PFF2[15] utilizada pela entrevistadora.

Diante da concordância da participação e para fins de caracterização dos envolvidos, foram resgatadas informações do paciente diretamente no prontuário médico no intuito de contemplar os itens das variáveis demográficas e patológicas contidos na ficha do questionário para a coleta dos dados (**Anexo I**). O citado questionário foi composto de forma semiestruturada; inicialmente, direcionando os questionamentos, mas, ao final, foi permitido um momento de abertura a livre expressão e narrativas dos sujeitos. Todavia, essa sequência não foi seguida a rigor, respeitando-se os momentos de fala de cada entrevistado. Para preservação do anonimato, os participantes foram identificados com a letra inicial S, de sujeito, seguido do número correspondente à ordem de realização das entrevistas (S1... S5).

A seguir, foi solicitada permissão para realizar a gravação, que se deu por meio de um aplicativo de gravação no celular da entrevistadora, objetivando registrar na íntegra as suas narrativas. Ao término da entrevista, o aparelho passou por procedimento de limpeza, utilizando-se o álcool isopropílico a 70%, conforme orientações que foram disponibilizadas

[15] Máscara tipo N95 ou PFF2 é considerada como protetora respiratória, uma vez que filtra 95% de partículas até 0,3μ, sendo indicado o seu uso diante de portadores de TB.

pela prefeitura de Santos/SP e, de modo geral, são extensíveis aos serviços de saúde[16]. Em acréscimo, foram feitas anotações que se fizeram pertinentes no momento da entrevista na citada ficha. Posteriormente, esses questionários foram transcritos (**Anexo V**) e serão guardados por um período de cinco (5) anos.

Na competência dos procedimentos analíticos, foi realizada a construção de um banco de dados e as informações contidas nesse banco foram avaliadas estatisticamente quanto à composição dos sujeitos do estudo. Em se tratando de um número reduzido de indivíduos entrevistados em vistas a própria população do estudo e a redução dos atendimentos no CHCF, optamos por analisar manualmente esses relatos. Por fim, essas narrativas foram lidas, de forma exaustiva, buscando ter uma visão do conjunto, apreender particularidades desse conjunto e elaborar pressupostos iniciais para balizar posterior análise e interpretação. Em um segundo momento, foram categorizadas (GIBBS, 2009) para se proceder a análise discursiva pela metodologia fenomenológica, no intuito de descrever o significado comum das experiências vividas pelos pacientes portadores de TB resistente diante de sua fé ou na ausência dessa e, assim, confrontá-las com as narrativas bíblicas.

1.4.5 Procedimentos éticos

Este estudo passou por apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde / UFPB (CEP/CCS/UFPB), situado na Cidade Universitária, S/N. Castelo Branco. João Pessoa/PB. Telefone/Fax: (83) 3216-7791. E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br. O referido estudo foi aprovado em 26 de novembro de 2018, sob o número CAAE 97922818.7.0000.5188 (**Anexo IV**).

Aos participantes foram explicados os objetivos, riscos e benefícios do estudo e, após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (**Anexo II**), participaram da pesquisa. Quanto aos riscos, foi esclarecido a possibilidade de ocorrer um momento de maior sensibilização, com despertar de emoções, tais como o choro, durante a entrevista em virtude da descrição dos momentos vivenciados. Por outro lado, foram seguidos os protocolos de segurança (WHO, 2020), que versam quanto ao distanciamento e ao uso de

[16] Manual produzido pela Seção Núcleo Tecnológico Educacional - SENUTEC. Disponível em: https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/conteudo/SEDUC/EducaSatos/higienizacao_de_eletronicos.pdf

máscaras, conforme descrito no item anterior, tendo em vista tratar-se de uma patologia de transmissão por via aérea; bem como, o momento atual de pandemia.

Em se tratando dos benefícios aos participantes desse estudo, não houve ganho financeiro - a participação foi voluntária; bem como, foi garantido o respeito à privacidade e a possibilidade, a partir de cada depoimento, de uma melhor compreensão da espiritualidade/religiosidade diante do adoecimento pela TB resistente e o seu enfrentamento.

CAPÍTULO II – A MEDICINA E OS SABERES TRADICIONAIS

> Quando você mergulha na medicina, percebe que a esperança não é absoluta. Não é tão simples assim (MUKHERJEE, 2010).

2.1 Breve histórico da Medicina

Em meados do século XVI, o médico e professor suíço Theodor Zwinger faz o exercício de traçar todo o passado da arte da Medicina a partir dos antigos gregos. Apesar de ser protestante, Zwinger colocou que a medicina havia sido fundada por um semideus chamado Asclepius e o centauro Chiron havia sido o fundador da farmacologia. Ainda assim, o médico suíço colocava que Deus havia posto no mundo as substâncias curadoras para que as pessoas pudessem usufruir delas a fim de se curarem. Independentemente de se acreditar ou não em figuras mitológicas como fundadores das ciências médicas, existem formas de se perceber a medicina, a sua formulação e transformação a partir de um elemento mais palpável: a história.

Escavações arqueológicas e sítios de milhares de anos atrás já revelaram corpos que aparentavam ter passado por cuidados médicos – membros quebrados que foram imobilizados, feridas tratadas etc. Alguns crânios apresentaram sinais de trepanação (orifícios através dos ossos), um procedimento técnico que demandava experiência de quem o fez e alguma razão para fazer esse tipo de operação. Neste sentindo, a medicina e as práticas de curar indivíduos caminharam juntos com o nosso desenvolvimento enquanto espécie ao longo dos anos. Os *Homo sapiens*, após a revolução cognitiva, desenvolveram habilidades de transformar o mundo e a natureza em sua volta e, assim, sair na frente das outras espécies no processo evolutivo.

Embora o doutor Zwinger partisse como ponto cronológico da medicina a Antiguidade Clássica, em períodos anteriores algumas civilizações já demonstravam estudos e práticas no que diz respeito a cura, a exemplo de textos egípcios e mesopotâmios que apresentavam elementos relacionados ao cuidado da saúde e do corpo. Com a descoberta de novas escavações, de trabalhos arqueológicos e a reinterpretação de fragmentos de textos, foi possível descobrir, por exemplo, que os babilônicos já haviam desenvolvido práticas de cura e exercitavam uma medicina bastante arriscada. Foi percebido que esses povos, também, já tinham noções de doenças, suas formas de transmissão e cura. Assim como, uma variedade de drogas era

manipulada pelos babilônicos a fim de curar determinadas enfermidades (PORTER, 2008, p. 48-49).

Outros relatos importantes sobre a medicina na antiguidade oriental foram feitos pelo historiador grego Heródoto, principalmente no que diz respeito a medicina dos egípcios. Ele enumerou uma série de especialistas de diferentes doenças e alegou que o estado egípcio estava repleto de médicos: de cabeça, do abdome, dos dentes e das mais variadas enfermidades. Além de Heródoto, existem alguns outros relatos históricos sobre a atuação de médicos no Egito antigo. Por volta de 500 a.C., o rei da Pérsia possuía médicos egípcios em sua corte e havia enviado um deles, chamado Udjohorresne, de volta ao Egito para restabelecer a chamada "casa da vida", uma espécie de instituição médica daquele lugar, porque ele conhecia as artes e as virtudes da cura (PORTER, 2008, p. 51). Séculos antes, em 750 a.C., o rei dos hititas havia solicitado ao então faraó Ramsés II um médico e um sacerdote para curarem a sua irmã. Além desses exemplos, os médicos egípcios apareceram em diversos outros documentos diplomáticos da época. Segundo Porter,

> A elevada reputação dos médicos egípcios foi graças às suas habilidades como diagnosticadores e cirurgiões. [...] A despeito dos encantos, das curas mágicas e religiões, os tratados médicos são geralmente cuidadosos na distinção entre eles, deixando-os para outros curandeiros (PORTER, 2008, p. 51).

Os rituais de mumificação, no qual o corpo era preservado, que os egípcios promoviam também demonstravam os conhecimentos que esse povo tinha em relação a elementos do corpo humano, como a anatomia e a disposição dos órgãos que eram retirados nesse processo. Acima de tudo, o mais importante da sociedade egípcia era o conhecimento e o uso de drogas para fins medicinais. Elas variavam do alho-poró, passando pela gordura de hipopótamo e chegando ao uso da romã. Ambas as medicinas, a egípcia e a babilônica, nos mostram uma observação precisa das doenças e uma hierarquia de praticantes que existiam, contudo, e isso só viria a aparecer com os gregos, pois não havia um estudo especulativo, argumentativo e questionador, que marcaria a medicina grega anos depois, principalmente com o *Corpus Hippocraticus*.

Muitas vezes atribuída a escrita desses textos a Hipócrates, o *Corpus Hippocraticus* era uma série de 60 tratados sobre medicina e filosofia escritos no período da Grécia Clássica. Desta coleção, estava presente a primeira obra escrita sobre a história da medicina, o livro "Da medicina antiga". Neste livro, existia uma crítica ao racionalismo *a priori* e propunha um método específico, além de traçar as origens e evoluções da medicina ao longo do tempo.

Em relação a crítica *a priori*, o texto de Hipócrates questionava aqueles que, a partir de hipóteses, derivavam dela uma causa única para todas as doenças. Isso se dava por conta do próprio desenvolvimento da filosofia naquele período, pois os filósofos pré-socráticos partiam de um pequeno número de hipóteses para explicar de forma geral o mundo. Isso acabava sendo acompanhado pelos médicos da época, que pretendiam fundar a medicina sobre poucos princípios fundamentais e, a partir daí, sistematizar toda a patologia. Assim, "Da medicina antiga" trazia um método específico: a medicina deveria apoiar-se nas observações e nos fatos a fim de que se pudesse conhecer melhor o corpo humano. Ou seja, deveria se fazer uma observação atenta e não elaborar hipóteses *a priori* como faziam os médicos até então.

Feita as suas críticas ao modelo que estava posto e a apresentação de seu método, Hipócrates traçou uma origem e uma evolução da medicina a partir dos hábitos humanos, a exemplo da alimentação. Segundo este autor, o nascimento da medicina confundia-se com a descoberta do regime alimentar por parte das sociedades. Seria no desenvolvimento da culinária adaptada a determinadas situações e diferentes tipos de doentes que se marcaria a origem da medicina propriamente dita. A medicina primitiva seria uma espécie de "culinária personalizada" (GUSMÃO, 2004, p. 6). Contudo, ela seria precedida pelo processo de sedentarização das espécies e o desenvolvimento da alimentação dos indivíduos sadios, a culinária como tal, que consistia em adaptar a alimentação ao meio em que o sujeito estava, com modos e formas de preparos diferentes. Os seres humanos começavam a modificar o meio em que viviam para se tornarem mais saudáveis, ou seja, aqui existia uma explicação racional para o desenvolvimento da medicina e dos cuidados com a saúde humana.

Em relação a atuação dos médicos nesse período, é impossível determinar a quantidade exata do número desses profissionais em atividade. Poucas cidades tinham mais do que 2.000 habitantes e os médicos, que trabalhavam em período integral, poderiam ter sido poucos, somente em cidades de maior porte, como Atenas. Muitos desses médicos somavam-se a outras atividades do período, como a agricultura e o exército. Cidades mais desenvolvidas, como a citada Atenas, tentaram manter um serviço médico constante por meio do pagamento de uma taxa para que esses sujeitos ficassem nas cidades atendendo a população. Contudo, de forma geral, o Estado não intervinha na atuação dos médicos e nas suas relações com os pacientes.

A medicina que era praticada por esses sujeitos era do tipo dietética, ou seja, deveria se ajustar os hábitos de vida por completo para se ter uma maior eficácia nos tratamentos. As drogas eram utilizadas, principalmente aquelas que vinham do antigo Egito, e a cirurgia também era conhecida, mas utilizada apenas em tratamentos mais graves. Alguns tratamentos

consistiam no pincelamento de vinho para a redução de sepses de operações de hérnia (PORTER, 2008, p. 53). Essa citação de tratamento, evidenciando sua efetividade, possivelmente, se justifica em vistas a presença do álcool - também considerado como substância antisséptica - na composição do vinho. Em acréscimo há que se mencionar que as comparações com animais e objetos do cotidiano também eram recorrentes.

O conhecimento anatômico mudou de forma considerável ao final do século IV a.C., especialmente com o desenvolvimento de pesquisas e investigações zoológicas e biológicas por parte de Aristóteles e seus seguidores e por parte de Diocles, que escreveu um livro sobre dissecação de animais nesse mesmo período. Fora do mundo grego, as descobertas e avanços da medicina já eram bastante evidentes, sobretudo nas regiões próximas ao mar Mediterrâneo.

Com o processo de expansão promovido por Alexandre, o Grande, essa rede de saberes passou a ser mais evidente e o desenvolvimento da medicina foi bastante significativo. Um exemplo foi o caso de Erasistratus, considerado um dos pais da Fisiologia. Esse personagem dissecou o cérebro humano, tentando perceber como se davam os movimentos e as sensações humanas. Muito influenciado pela ciência desenvolvida em outros espaços, como a cidade de Alexandria, ele explicou diversas funções do corpo humano a partir de seus estudos, como as atividades do coração no bombeamento de sangue para o corpo e outros elementos mecânicos do funcionamento anatômico.

A partir do século III a.C. o mundo grego passou a ser cada vez mais incorporado e dominado pela civilização romana, que passava a se expandir e dominar todo o mundo mediterrâneo, chegando até ao Oriente. Apesar deste contato com diversas partes do mundo, os romanos ainda se pautavam em questões medicinais a partir do ideal grego.

> Eles combinavam uma visão do corpo composta de átomos e poros e as doenças como um desequilíbrio entre eles, com a propaganda salientando a simplicidade e efetividade de seus diagnósticos e curas. Neste contexto, eles repetiam o *slogan* de um antigo imigrante grego, Asclepiades, em torno de 92 a.C., que ganhara uma vasta clientela pela sua alegação de curar "rapidamente, seguramente e prazerosamente (PORTER, 2008, p. 55).

Por conta de seu caráter expansionista e militar, os romanos dispunham de diversas instalações médicas a serviço dos combatentes e aqueles que se feriam nas guerras. Grandes fortalezas destinadas as práticas hospitalares foram encontradas, como em Chester (Inglaterra) e Inchtuthil (Escócia), que eram destinadas às legiões romanas e dos doentes dessas regiões. Em algumas regiões do Império Romano, a medicina era praticada por pessoas pobres e imigrantes, a exemplo dos médicos gregos.

Esse grupo foi ascendendo socialmente na medida em que entravam no aparato estatal romano, com cargos públicos e, também, como médicos civis. Um desses sujeitos se chamava Galeno de Pérgamo, que escreveu diversos textos sobre a medicina, com novas abordagens e ideias, estabelecendo uma "nova ordem para a Medicina no mundo de língua grega, cujas visões alternativas foram gradualmente salientadas" (PORTER, 2008, p. 56).

Entre os anos de 200 e 600 d.C., a medicina foi formando-se a partir dos princípios de Hipócrates e Galeno, os quais garantiram um espaço de cânone nos saberes médicos desse período. Neste momento, a medicina começava a tomar forma como um tipo de aprendizado específico, que se dava pela transmissão de conhecimentos escritos e que poderia ser testada e aprimorada na medida em que se promovia a atividade médica. Esse é um período em que fica bem mais definido, inclusive, os espaços de atuação entre aqueles que se dedicavam a estudar a medicina, enquanto conhecimento, e os práticos, curandeiros, adivinhos e ocultistas.

Essas pessoas já existiam desde os tempos mais remotos, contudo, com a diferenciação de um saber médico, ligado a erudição e aos estudos, a atuação desses sujeitos ficou voltada às práticas cotidianas e as resoluções de problemas por meio dos saberes tradicionais. Esses teóricos e estudiosos da medicina tornaram-se aceitos pela sociedade, enquanto verdadeiros médicos, mas sofriam constantes críticas dos outros grupos, uma vez que a perícia intelectual, às vezes, não se confirmava com a realidade dinâmica das doenças e os problemas de saúde de um modo geral.

Um fator importante nesse período e que redesenhou a sociedade ocidental foi o reconhecimento, em 313 d.C., do cristianismo enquanto religião oficial de Roma. Isso fez com que se abrisse um novo período da história da humanidade, pautado e orientado cada vez mais pela religião católica, que colocava uma ideia de cura por meio da fé. Por outro lado, os árabes também tinham diversos conhecimentos sobre a medicina, com livros e trabalhos importantes, a exemplo de "Os princípios da Medicina" de Ibn Sins. Ademais, no Império Bizantino existia uma espécie de serviço médico que atendia aos doentes, a exemplo do hospital Pantokrator, uma espécie de fundação real que abrigava enfermos que eram tratados por médicos, através do uso de algumas drogas e tratamentos específicos.

A Europa mudou drasticamente a partir do século V, maiormente com a queda do Império Romano do Ocidente, causada por diversos fatores, como a invasão bárbara e as crises políticas. Esse processo trouxe um declínio econômico, impactando na redução da vida nas cidades. Assim, a sociedade passou a se organizar no campo, em especial nas estruturas feudais, sob proteção de um senhor, ocasionando uma diminuição do desenvolvimento técnico e

científico de uma sociedade que se via cada vez mais permeada sob a luz da religião católica. Isso afetou, inclusive, a produção científica sobre a medicina, com a substituição dos antigos tratados e sumários longos por escritos e listas de cuidados.

Podemos perceber duas características principais nesse período. A primeira delas é a predominância de textos e escritos voltados para o "faça você mesmo", com elementos de medicina dietética, com uma breve apresentação teórica e uma exposição dos tratamentos e dos diagnósticos possíveis. A segunda característica é de um domínio maior do saber eclesiástico em detrimento da prática médica e do conhecimento em geral, tendo em vista que a Idade Média foi o período de organização e afirmação da Igreja Católica como uma das maiores instituições do ocidente, pautando a vida pública, o conhecimento e, até mesmo, a política daquele período. Apenas no século IX é que foi possível perceber um surgimento maior de textos médicos sendo estudados e copiados nos mosteiros da Europa.

A medicina foi relativamente suplementada com as questões religiosas, pelas curas oferecidas aos santos ou em orações a Deus. Alguns santos eram especialistas em cura, como São Roque da peste, São Humberto de doentes infectados pela raiva, Santa Dimpna das doenças mentais e diversas outras figuras as quais eram atribuídas proteção e boa fortuna para os seus seguidores. Os santuários eram considerados importantes nessa época, pois atraíam milhares de fiéis para realizarem suas preces e orações, como o santuário de Rocamadour na França que recebia peregrinos de toda a Europa.

Essa situação passou por algumas mudanças na virada do milênio, principalmente a partir de 1050, na região de Salerno ao sul da Itália. Nesta região, existia uma comunidade médica em contato com as culturas árabes, gregas e com as abadias mais importantes da Europa, como Monte Cassino. No ano de 1080 em diante, os mestres salernianos trouxeram de volta a especulação teórica dentro do ensino médico, restabelecendo o estudo galênico e desenvolvendo estudos filosóficos e questões mais amplas, como em 1250, com a prática de anatomia animal. Em 1300, foi elaborado o Código de Salerno, um poema latino que foi traduzido para diversas línguas e que ajudou a propagar o conhecimento médico desse espaço.

O contato cada vez maior com os árabes, que possuíam os escritos dos filósofos gregos e que foram sendo traduzidos, permitiu um avanço significativo na medicina da época. Primeiro porque a quantidade de material médico cresceu vertiginosamente com esse processo de traduções. Segundo, a Medicina árabe oferecia um mundo novo de técnicas e procedimentos, especialmente na área de farmacologia e em cirurgias. Por fim, havia uma retomada ao

pensamento aristotélico em relação a medicina, o que ajudou no desenvolvimento dessa área, principalmente nas questões que envolviam a filosofia natural.

Esse reflorescimento cultural, que as traduções e o contato com o mundo árabe promoveram, foi concomitante com o processo de surgimento das primeiras universidades de medicina na Europa. As primeiras surgiram ao norte da Itália, nas cidades de Bolonha e Pádua, depois na França (Paris e Montpellier) e em Oxford, cidade inglesa. Apesar de já existirem as Universidades, a Medicina demorou um pouco para adentrar nesses espaços. Uma vez nos quadros universitários, os doutores adotaram os métodos de ensino desses meios, como os estudos em livros, debates e discussões pautadas, essencialmente, na filosofia aristotélica.

Na medida em que se adotava os procedimentos universitários, a medicina também trouxe para si os preconceitos desse ambiente. Por ser baseada em estudos teóricos, os médicos que se formavam nesses ambientes tomavam para si a posição de detentores do conhecimento e decidiam quem deveria ou não praticar as atividades médicas.

Além de ser bastante difícil de se formar em medicina (era preciso, pelo menos, sete anos de estudo, incluindo um curso de artes), o curso era bastante especulativo e teórico, ainda que se defendesse o conhecimento de anatomia e tentasse colocar a medicina dentro de um campo "científico". Abaixo do médico acadêmico, existia a figura do cirurgião, que poderia ser treinado separadamente na Universidade. Existia, ainda, abaixo dessa hierarquia a figura dos cirurgiões barbeiros

> Eles tinham seus próprios livros e alguns de seus bem-sucedidos tratamentos – de selões abdominais, fístula anal, cálculos vesicais e catarata – são impressionantes, constituindo muito mais que simplesmente sangramento e cauterização. Havia inovações, tais como no tratamento de hérnia inguinal e em alguns tipos de membros artificiais, e os homens acadêmicos eram forçados a reconhecer a perícia de "cuidadores de fraturas" e "extratores de dentes" itinerantes (PORTER, 2008, p. 67).

Existiam outras pessoas que, também, ofereciam serviços médicos, a exemplo dos judeus, que, embora excluídos das Universidades, tinham prestígio em alguns segmentos da sociedade pelas suas habilidades clínicas. O comércio das drogas ficava sob responsabilidade dos boticários, que importavam suas substâncias, as comercializavam e ofereciam pequenos tratamentos para os seus clientes. As mulheres, em acréscimo, participavam de algumas atividades médicas, atendendo outras mulheres, como parteiras e terapeutas, apesar de existirem regulamentos que tentassem restringir a participação de mulheres nesse mundo.

Essa situação refletia a variedade de instituições e organizações que se preocupavam com as questões relacionadas à medicina, como a igreja, os grêmios, as associações médicas, os conselhos municipais etc. Algumas vezes, a autoridade médica era composta só por uma

pessoa, como os casos dos médicos reais, ou por um comitê de especialistas. Em Bruxelas, no século XV, as parteiras eram licenciadas por uma junta eclesiástica e por elas mesmas; enquanto em Bruges, o conselho da cidade detinha certa autoridade sobre a atuação dessas mulheres. Essa organização e hierarquização da atuação médica tentavam organizar esse conhecimento e sua atuação perante a sociedade, contudo, alguns conflitos existiam entre esses grupos, principalmente no que diz respeito sobre a legitimidade de quem detinha o saber médico. Com o processo de unificação dos Estados Nacionais, a partir do século XIV, buscou-se uma centralização maior no que diz respeito às questões que envolviam a saúde desses estados.

O evento da Peste Negra, no mesmo período, intensificou esse processo de centralização de decisões, principalmente na atuação dos comitês de saúde que foram sendo criados para tentar deter os avanços da epidemia que se alastrava pela Europa. Esses comitês eram compostos por leigos e por especialista e determinavam quais as atitudes deveriam ser tomadas diante da crise epidêmica da Peste Negra, que dizimou cerca de 25% da população europeia nos anos finais da Idade Média.

A medicina medieval, em grande medida, era baseada ainda nos textos gregos e sofria grande influência da igreja católica em determinadas situações. Existiam muitos problemas envolvendo a mortalidade infantil, já que as condições de realização do parto e de higiene dessas ações dificultava bastante a sobrevivência dos recém-nascidos. Existiam histórias diversas de mulheres sofrendo complicações no parto ou no pós-parto. As doenças mentais sofriam bastante influência da Igreja Católica no que diz respeito ao seu tratamento, já que em muitos casos era atrelado a possessão de demônios ou a outras questões de ordem divina. Por isso, os tratamentos as vezes envolviam as rezas, o uso de algumas drogas, o acorrentamento ou o cuidado doméstico.

Além disso, se percebia um estímulo de antigas formas medicinais, principalmente atrelada aos gregos, já que se começava a perceber o período do renascimento clássico na Europa. Um novo vocabulário médico surgia, o crescimento das sindicâncias médicas, os comitês de saúde, as autópsias e o desenvolvimento de estudos médicos contribuíram para um pequeno avanço da medicina. A medicina medieval era bastante complexa e envolvia os dois polos, o da ciência e o da religião, que se preocupavam com a cura das doenças de maneira imediata para se manter a saúde da população. Apenas nos séculos XVIII, XIX e XX que teríamos um avanço maior da medicina e o seu desenvolvimento enquanto disciplina do campo científico propriamente dito.

Foi nesse período que se desenvolveu o que chamamos de medicina “tradicional”, ou a fase “pré-científica” da prática médica. Esse tipo de medicina pensava que era necessário livrar o corpo dos venenos que as doenças traziam, substancialmente com a cura pelo suor, fazendo com que os pacientes “extraíssem” as doenças pela pele. A sangria, também, foi uma prática comum nesse período, atrelada a mesma ideia que era preciso “tirar” a doença do corpo do paciente. A ideia dos miasmas, inclusive, era presente, em que as substâncias perigosas emanavam dos corpos e da natureza, causando doenças. Esse tipo de ideia, levou a formação dos primeiros cemitérios, longe das cidades, pois pensava-se que os corpos mortos poderiam trazer um risco maior de infecções e doenças.

O médico tradicional, em suas análises, era um tanto quanto negligente em tomar a história clínica de seus pacientes nas consultas, preferindo examinar fisicamente, vendo a língua, tomando o pulso e analisando os aspectos físicos do doente. Isso mudou bastante com o advento da cientificidade médica no século XIX. É importante destacar que o período de afirmação das ciências foi acompanhado pela medicina ao longo dos anos, especialmente no final do século XIX e início do século XX. Com a institucionalização maior dos espaços de produção do conhecimento científico e médico, as práticas medicinais também se alteraram, ganhando um caráter maior de cientificidade e de busca pelo tratamento terapêutico.

> O moderno estilo de prática médica considerava que sintomas e sinais similares de doenças poderiam ser causados por uma gama imensa de mecanismos patológicos. Tais mecanismos passaram a ser a chave da moderna medicina. Esta chave refere-se aos processos patológicos levando às modificações tissulares no corpo do paciente. (PORTER, 2008, p. 115).

Com isso, as transformações no trato médico em relação ao paciente sofreram alterações. A consulta passou a coletar uma história clínica detalhada do paciente, levando em consideração os exames físicos e laboratoriais (sobretudo com o desenvolvimento de outras áreas ligadas a medicina). Essa prática transformou as atuações médicas em relação ao tratamento de doentes. É importante destacar que o avanço da tecnologia foi importante no desenvolvimento da medicina e da identificação das doenças. Os exames químicos e laboratoriais, a radiografia, o desenvolvimento de novos remédios e vacinas, novas práticas cirúrgicas, instrumentos de trabalho mais avançados e eficientes e as preocupações sanitárias permitiram um avanço enorme da ciência médica, que continua a se desenvolver na atualidade.

Ao fazer um breve resumo histórico do desenvolvimento da ciência médica, devemos levar em consideração que é um processo ainda em andamento. Apesar de as práticas médicas terem se alterado significativamente ao longo dos anos, principalmente se pensarmos na

medicina medieval e antiga, elas continuam mudando e se atualizando conforme as necessidades são colocadas. A história da medicina continua a existir e a ser feita atualmente, com as pesquisas de novos medicamentos, a proposição de novos tratamentos e diagnósticos e a busca por soluções que melhorem a qualidade de vida das pessoas de uma forma em geral. Como foi colocado anteriormente, é um processo contínuo de transformações que ainda tem muito a nos oferecer. Na atualidade, destacam-se as vacinas, em especial às destinadas ao combate da covid-19, que foram desenvolvidas em aproximadamente um ano, evidenciando o avanço científico e tecnológico da medicina.

Contudo, esse processo de afirmação da medicina, enquanto conhecimento, não foi algo pacífico. Foi um percurso permeado de conflitos e disputas entre os mais diversos campos dos saberes e das atuações dos indivíduos que promoviam a cura das pessoas. Isso pode ser perceptível no Brasil, onde os estudos sobre os confrontos entre as práticas de cura e a ciência vêm ganhando espaço nos debates acadêmicos de forma a mostrar uma maior complexidade nesse caminho que as ciências médicas trilharam ao longo dos anos.

2.2 Práticas e saberes médicos em confronto no Brasil

Percebemos que existiu, ao longo da história, uma mudança e um desenvolvimento das práticas de medicina em diversas sociedades do mundo. No Brasil, ocorreu um desenvolvimento próprio da medicina e das atividades médicas ao longo dos anos. O que precisamos compreender, é que existe uma própria historicidade no que se entende por medicina e que ocorreram conflitos e disputas de poder em torno das atuações médicas. Ou seja, a medicina pode ser localizada de diferentes formas ao longo do tempo e seus usos e formas foram utilizados das mais variadas maneiras por grupos distintos, disputando a hegemonia das chamadas “artes de curar” diante da sociedade.

Quando falamos em “artes de curar” no Brasil, estamos tratando daqueles recursos disponíveis que serviam para o tratamento de doenças e a relação das práticas terapêuticas com um conjunto de crenças e saberes utilizados para justificar o mal e o tratamento dos adoentados. Antes da medicina se constituir como um saber científico, estudado e praticado nos lugares apropriados para esse tipo de saber, devemos pensar nessas citadas artes como as formas que as sociedades encontraram para tratar as doenças.

As artes de curar se estabeleceram em nosso país sob as condições peculiares à atuação da Coroa Portuguesa na América e eram resultados das ações e interações dos sujeitos com as práticas culturais populares e a prestação de serviços de cura de pessoas que eram dotadas desse conhecimento, sendo elas médicas ou não. As primeiras trocas culturais surgiram entre as tribos indígenas e os missionários jesuítas, e depois foi aprofundada com a entrada de africanos escravizados no território nacional. Esse processo de aquisição do conhecimento dos povos originários era uma relação bastante complexa, pois na medida em que se aprendiam com as práticas tradicionais, as transformavam em atividades médicas.

> Embora geralmente preconceituosos em relação a outros elementos pagãos e "selvagens" da cultura indígena, os colonizadores se interessaram em recolher informações sobre como os indígenas e seus pajés faziam para combater as doenças que grassavam no lugar. Observavam, imitavam, experimentavam e descreviam as propriedades terapêuticas das novas espécies e seus usos, e divulgavam-nas na metrópole, ampliando os saberes sobre a Matéria Médica. Mais tarde, tal saber retornava à colônia em compêndios de farmacopéia, informando a atividade de boticários profissionais, religiosos ou leigos (EDLER; FONSECA, 2006, p. 8).

Os recursos terapêuticos estavam ao redor daqueles indivíduos que poderiam oferecer algum serviço de cura e da demanda por drogas e tratamentos. Existia, porém, uma delimitação dos espaços de atuação desses sujeitos de acordo com alguns regimentos que regulamentavam a atuação médica. Como vimos, isso estava inserido naquele processo de hierarquização das funções que adveio com a modernidade, ou seja, existiam diversas áreas de atuação, como médicos, farmacêuticos, botânicos e cirurgiões. No Brasil, essas regulamentações não foram respeitadas diante da extensão territorial, das dificuldades de locomoção e do número insuficiente de pessoas que poderiam desempenhar essas funções. Além disso, alguns lugares dispunham de pessoas que sabiam gerir as artes de curar, sem necessariamente estarem atreladas a um saber médico científico, como curandeiros e práticos de cura. Seria um primórdio da medicina popular que, nesse período de formação do país, representava grande parte dos recursos dessas artes de curar disponíveis. Essa atuação era caracterizada pelos curadores de pobres de origem indígena ou escravizada, que empregavam remédios extraídos da fauna e flora local, associados aos rituais de purificação e cura desses grupos mais tradicionais.

Essa disputa entre as práticas de cura e o saber científico se acirrou, principalmente no século XIX. Por isso, iremos fazer um breve apanhado desse processo, pensando nas disputas que envolviam esses dois campos, e a sua formação ao longo da história. Isso é importante, pois nos ajuda a entender a constituição da própria medicina dentro do Brasil a partir de uma

perspectiva histórica e relacionada com o contexto de formação da medicina que apresentamos anteriormente.

No século XIII, o Rei de Portugal criou o cargo de Cirurgião-mor dos exércitos, que atuava como a autoridade médica da administração da monarquia, com o intuito de exercer e fiscalizar as atividades médicas e cirúrgicas. Posteriormente, no século XVI, foi criada a figura do Físico-mor, que dividia algumas atribuições com o Cirurgião-mor, sendo esses dois cargos os de maiores autoridades do reinado português no que diz respeito as atividades médicas e a fiscalização delas. Cada uma dessas atuações era descrita por meio dos regimentos da Coroa e definia as prerrogativas de atuação e a hierarquização da função médica nos territórios portugueses.

Nessa hierarquia, os cirurgiões eram considerados abaixo dos médicos e dos físicos, mas constituíam uma classe com elevado poder nas artes de curar. A formação desses sujeitos era de ordem prática e aprendiam com os mestres até estarem aptos para o exame de ofícios que determinavam os regulamentos. Esses cirurgiões obtiveram certa distinção no Brasil, fazendo operações em que havia a necessidade da intervenção cirúrgica, trabalhando diretamente com os doentes. Dentre as competências desses cirurgiões, podemos destacar as sangrias, a extração de balas, a aplicação de ventosas e o cuidado de ferimentos externos, geralmente atividades que requeriam habilidades manuais. Além disso, os cirurgiões que atuavam no Brasil, exerciam as funções de verdadeiros médicos, diagnosticando e receitando remédios específicos para a cura de doenças. Esse ofício era considerado uma atividade bastante importante no país, sendo exercida, em sua maioria, por homens brancos de origem europeia. Alguns desses sujeitos chegaram a escrever manuais domésticos de medicina, já que eles tinham um contato próximo com as populações nativas e se adaptavam as necessidades que a realidade imprimia aos seus ofícios.

Outra categoria importante, inserida nesse contexto das artes de curar no Brasil, eram os boticários. Eles eram os comerciantes e fabricantes de remédios, possuindo um estabelecimento próprio, as chamadas boticas. Para a obtenção da Carta de Examinação, documento que permitia a sua atuação, os boticários deveriam se submeter a um exame junto aos comissários do Físico-mor. Dentre as suas funções, estava a de preparar e vender alguns compostos medicinais a partir das receitas passadas por médicos e cirurgiões. Os boticários, bem como os cirurgiões, detinham um certo prestígio social e eram, em geral, homens brancos com bom relacionamento nas comunidades em que atuavam. Além de ser um espaço de

comercialização de remédios, as boticas detinham uma importância social nas comunidades como um espaço de circulação de pessoas, ideias e de socialização.

Esses espaços de comércio eram abastecidos com produtos advindos da Europa ou produzidos em território nacional. Cabia aos boticários a manipulação das receitas que indicavam a quantidade certa para cada composto prescritos para curar os pacientes. A qualidade dos remédios dependia das habilidades de cada boticário e nas formas como cada um exercia a sua função. Alguns desses sujeitos diagnosticavam e receitavam remédios para os pacientes, sem a necessidade de um aval médico, principalmente em regiões mais distantes do Brasil.

Adicionalmente, existiram outras categorias, com importância desigual às citadas previamente, inseridas nessa hierarquização das artes de curar em nosso país, que eram as dos barbeiros, sangradores, dentistas, parteiras e curandeiros e estavam habilitados para curar doenças mais específicas. Estes sujeitos desempenhavam atividades menos prestigiadas nos meios médicos e poderiam ser considerados como "categorias subalternas" em relação as outras atividades, como as dos médicos, cirurgiões e boticários. Os barbeiros, além dos cortes de cabelo, praticavam a sangria, a aplicação de ventosas, faziam curativos e exerciam a função de dentistas. Muitos desses sujeitos eram portugueses e castelhanos, mas na medida em que foi se popularizando esse tipo de atividade, alguns negros e mestiços adentraram nesse ofício.

Grande parte dessas pessoas precisavam de uma autorização, geralmente vinda do Físico-mor, para atuarem junto à população. Contudo, alguns indivíduos que representavam essas artes de curar não eram oficializados pelo Estado, ou seja, não passavam pelos exames adequados para o exercício da profissão. Isso se dava por diversos motivos, a exemplo do enquadramento de determinadas funções pelo costume popular que aconteciam com as comadres que pariam as crianças na comunidade e permaneciam como parteiras daquelas regiões. A falta de controle das autoridades, em acréscimo, contribuía nessa questão, pois a fiscalização não costumava agir com maior rigidez, apenas em casos mais graves, quando existia o risco de algum licenciado perder algum privilégio.

A existência desses diversos indivíduos praticantes da cura no Brasil não era aleatória. Existiam grandes dificuldades em seguir a carreira médica no Brasil colonial, principalmente por conta da proibição da entrada de determinados livros, dificultando o encontro de bibliografias médicas de qualidade no país. Diante dessa situação de penúria, as experiências médicas "não autorizadas" ganharam espaço, permitindo a construção dessas pequenas

especializações que não estavam diretamente ligadas ao conhecimento científico da medicina, mas pautado nas tradições e na cultura de práticas de cura.

Por conta das tradições culturais do Brasil, essas práticas de cura não se restringiam apenas ao tratamento e diagnóstico das doenças, mas tratava-se de um "universo mental complexo no qual as pessoas acreditavam na interferência de agentes externos e em correspondências mágicas, que podiam ser tanto forças demoníacas como retaliações celestes" (COELHO, 2011, p. 6). Em diversos casos, a doença poderia ser interpretada como um malefício ou algo externo, incorporado por forças malignas, que provocariam as doenças. Ou seja, a doença poderia ter uma conotação de castigo divino diante das práticas pecaminosas ou pelos desvios de conduta, ligando a saúde do corpo à saúde da alma. Advindas das tradições do mundo antigo, essas intervenções religiosas não estavam só presentes no imaginário dos povos originários da América, mas, também, já circundavam o mundo das práticas médicas dos europeus desde a Idade Média, como vimos anteriormente.

As dificuldades no acesso a saúde eram diversas e a atuação desses práticos não significava uma garantia de cura, logo a eficácia de determinados métodos e a fama individual de quem realizava as ações médicas contavam muito na escolha do tratamento que seria realizado. Os remédios naturais, presentes na fauna e na flora brasileira, foram amplamente utilizados, principalmente por meio da sabedoria popular que era transmitida de geração em geração e que ensinava quais os melhores remédios e tratamentos a serem aplicados em determinadas situações.

A participação dos escravizados e dos libertos nesse mundo das artes de curar, inclusive, foi bastante significativa e diversificada. Muitos desses sujeitos atuaram como aprendizes e auxiliares nas atividades de cura e foram ganhando espaço, um espaço de atuação ao longo dos anos. Apesar das limitações sociais que existiam em torno dessas pessoas, muitos conseguiram destaque nessas artes pela qualidade e desenvoltura de seus trabalhos.

> Como se sabe, escravos dotados de habilidades especiais que tivessem ofício eram mais valorizados, uma vez que, suas atividades poderiam render maiores lucros aos senhores. Portanto, os negros curadores aproveitando-se da valorização de seus conhecimentos e da necessidade de seus serviços, devido à grande demanda por cuidados médicos, transformaram essas atividades em meios de ascensão social e resistência contra a opressão do sistema escravista (COELHO, 2011, p. 7).

Esse campo de atuação de escravizados e libertos foi bastante estudado por alguns historiadores dedicados as artes de curar e seus conflitos com as práticas científicas,

principalmente numa perspectiva de resistência desses indivíduos diante das estruturas sociais e na carência que existia na medicina brasileira durante a colônia e o império.

Um dos trabalhos pioneiros nesse tipo de interpretação foi o de Betânia Gonçalves Figueiredo, intitulado "A arte de curar e seus agentes no século XIX na Província de Minas Gerais", de 1997. Neste estudo, a autora buscou analisar a participação dos diversos atores das artes de curar diante do processo de institucionalização médica no Brasil, descrevendo a permanência das práticas tradicionais de cura, mesmo diante de um processo de avanço da medicina enquanto ciência. Dentre esses ofícios, estava a figura dos barbeiros e sangradores, em sua maioria ex-escravizados, que conseguiam se estabelecer enquanto práticos de cura, ensinando os seus ofícios aos outros e tentando resistir aos estigmas sociais que lhes eram impostos. Bem como os barbeiros, os sangradores foi um grupo bastante presente dentro dessas tensões entre práticas tradicionais e a ciência, pois eram bastante requisitados por seus serviços.

No outro lado da moeda, estavam aqueles sujeitos que representavam a ciência médica em formação. A organização profissional e a regulamentação do ensino médico no país podem ser datadas do século XIX, período em que a medicina e o saber médico atrelado à ciência vão ganhar mais espaço em detrimento às "artes de curar". Segundo Michel Foucault, o século XIX trouxe duas questões importantes no que diz respeito a atuação médica

> O mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero e investida, ao nível da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas; mito de um desaparecimento total da doença em uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída a sua saúde de origem (FOCAULT, 1977, p. 35).

Com isso, a medicina se transformava em uma atividade pública, ligada ao Estado, na qual o médico seria considerado um instrumento da nação que cuidava dos corpos, enquanto os religiosos cuidavam da alma. O segundo mito era de que existiria uma percepção positiva da doença, não mais atrelada aos castigos divinos, que poderia ser identificada em épocas e lugares distintos. Nesse contexto, o médico assumiria o lugar de cientista e pesquisador, pago pelo Estado, para intervir na realidade social das pessoas.

Com a vinda da família real para a América em 1808, o então príncipe regente D. João VI iniciou uma série de reformas de caráter cultural, como a criação de instituições de pesquisa e ensino no país. No que diz respeito a medicina, tivemos a instalação de cursos de cirurgia e anatomia nos hospitais militares de Salvador e do Rio de Janeiro, fazendo com que existissem, a partir de então, médicos formados em território nacional. Com essas reformas, iniciou-se uma influência da prática francesa na medicina, em que o médico atuaria nos campos clínico, cirúrgico e higienista. Os discursos médico e científico seriam considerados mais importantes

do que a atuação dos práticos tradicionais. Contudo, isso não implica em dizer que esses práticos saíram do cenário de cura no Brasil. O que passou a acontecer foi a disputa entre as práticas de cura, estando de um lado os indivíduos das "artes de curar" e do outro os cientistas médicos.

Foi por meio da carta régia de 1808 que D. João VI criou a Escola Cirúrgica da Bahia, onde seriam ministradas duas cadeiras: cirurgia especulativa/prática e anatomia/operações cirúrgicas. O curso seria realizado no período de quatro anos, com aulas de uma hora e meia. No mesmo ano, o regente inaugurava, na cidade do Rio de Janeiro, a Escola Cirúrgica do Rio de Janeiro, funcionando na sede do Hospital Real Militar, nos mesmos moldes da escola baiana. Em 1813, foi feita uma reorganização desses espaços, transformando-os em Academias Cirúrgicas, com o plano de fundar mais uma escola em São Luís, no Maranhão, o que não chegou a ocorrer. A do Rio de Janeiro se instalou nesse mesmo ano e a da Bahia em 1815.

A transformação dessas escolas em academias fez parte do processo de maior institucionalização dos cursos médicos no Brasil, acompanhando o processo de afirmação da medicina enquanto discurso científico. Os programas foram reformulados e ampliados, com novas regras impostas aos alunos. Dentre essas alterações, a mais relevante era a do estatuto profissional dos alunos formados: ao terminar os exames do quinto ano, os aprovados recebiam uma carta de "cirurgião aprovado" e aqueles bons alunos que quisessem repetir as cadeiras do quarto e quinto ano receberiam a graduação de "formados em cirurgia", uma espécie de bacharelado.

Aqui, teríamos uma nova hierarquia dentro desse sistema, aonde os formados em cirurgia gozavam de regalias profissionais que os cirurgiões aprovados não possuíam, mas ambos deveriam submeter-se ao Estado e aos códigos existentes. Contudo, a existência das academias não promoveu a proibição imediata do exercício profissional médico daqueles que não fossem diplomados. Cirurgiões, barbeiros, sangradores e as outras hierarquias, ainda, deveriam passar pela aprovação do cirurgião-mor.

Apesar das transformações na institucionalização da medicina no nosso país, a sua atuação, até esse momento, não conseguia suprir todas as demandas da sociedade brasileira.

> Do Rio partiam queixas referentes à pouca assiduidade dos lentes e à falta de apoio oficial e material. Já na Bahia, onde a frequência de alunos foi incomparavelmente menor, o ensino não foi regular e eficiente. Por ocasião da Independência, por exemplo, as aulas foram interrompidas, e ainda em 1829 as lições eram ministradas nos corredores da Santa Casa. A escola baiana vivia numa pobreza franciscana, sem móveis nem utensílios para as aulas regulares (SCHWARCZ, 1993, p. 256).

Outro elemento importante nessa disputa, entre as práticas tradicionais de cura no Brasil e a institucionalização científica, foi a formação da Sociedade de Medicina em 1829. Organizada nos moldes da Academia Francesa, essa instituição teve como objetivo analisar as propostas para uma reforma do ensino médico. Foi a partir da atuação desse grupo que, em 1832, a reforma foi aprovada como lei no Parlamento Brasileiro.

Este decreto buscou transformar as academias médico-cirúrgicas em faculdades de medicina, dando-lhes a atribuição de poder conceder o título de doutor em medicina, de farmacêutico e de parteiro, tendo sido abolido o cargo de sangrador. O decreto, também, não falava de curso para dentistas, pois isso ainda era uma questão vista como prática inerente aos barbeiros sangradores. O curso de odontologia só seria instituído no Brasil no final do século XIX. Os cursos foram divididos em três seções: ciências acessórias, medicina e cirurgia. A duração foi estendida para seis anos e os alunos deveriam ter conhecimento de latim, francês, lógica aritmética e geometria, com os exames sendo anuais e, no final, deveria ser feita defesa de uma tese em português ou latim (SCHWARCZ, 1993, p. 257).

A busca por espaços institucionais da medicina, além do mais, foi acompanhada pela presença da chamada "medicina de cabeceira": guias médicos que poderiam ser comprados e que ofereciam conhecimentos de práticas médicas, com embasamento científico, e que poderiam ajudar as pessoas na prevenção e cura de certas doenças. Entre os séculos XVIII e XIX, os brasileiros poderiam recorrer a alguns livros de medicina popular, como o "*Domestic Medicine"* escrito por William Buchanan em 1769, traduzido por Henrique de Paiva. Além dessa obra, circulavam pelo país o "Manual do Fazendeiro ou tratado doméstico sobre as doenças dos negros", de 1834, e o "Guia Médico para as mães de família", de 1843, de Jean-Baptista-Alban Imbert. Em adição, circulava "O médico e o cirurgião das fazendas ou tratado completo de medicina e cirurgia domésticas, adaptados à inteligência de todas as classes" de Louis-François Bonjean, de 1875. Esses livros tinham como o objetivo fornecer informações sobre doenças e tratamentos de cura para a população e serviam como difusores das práticas médicas científicas do século XIX, em contraposição às atividades tradicionais de cura, que se transmitiam, quase que exclusivamente, pela oralidade e tradição. Esses estudos buscavam apresentar o saber médico oficial como um "poderoso instrumento de afirmação do poder centralizador do Estado, em oposição às regras de sociabilidade vigentes no mundo rural" (EDLER; FONSECA, 2006, p. 12).

Apesar dos avanços da institucionalização médica no Brasil ao longo do século XIX, os problemas continuavam a existir, principalmente no que diz respeito as condições materiais das

faculdades e da própria atuação dos médicos no país. Em geral, os professores eram mal preparados e eram motivo de chacota pelos tipos de aulas ministradas, majoritariamente lidas, e com poucos critérios científicos de contratação desses profissionais. Contudo, o perfil socioeconômico dos alunos mostrava que era uma área de atuação voltadas às elites letradas do país, transformando o espaço da medicina e do exercício médico em um lugar de prestígio social, diferente das outras áreas de atuação, principalmente aquelas voltadas à medicina tradicional, que era designada praticamente pelas camadas mais populares.

Com isso, os quarenta primeiros anos das faculdades de medicina no Brasil ficaram marcadas por essas questões que envolviam a institucionalização da ciência médica e da construção de um saber médico que fosse tido como "oficial" pela população. Ou seja, deveria se respeitar a autoridade do médico enquanto detentor de um conhecimento científico e minimizar as atuações daqueles práticos tradicionais. Como argumentado anteriormente, no século XIX teremos esse conflito entre as artes de curar e a ciência médica de uma forma bastante evidente.

Na segunda metade do século XIX esse confronto foi intensificado, substancialmente com alguns fatos históricos relevantes para as transformações sociais do oitocentos no Brasil. As epidemias, que assolaram o país nessa época, foram fundamentais nas transformações que ocorreram em relação as ciências médicas e as suas disputas. Nesse período, o Brasil passou por diversas crises epidêmicas, como a de cólera, febre amarela, sífilis e varíola. Isso colocou em prova esses grupos antagônicos, os médicos e os práticos, já que cada um atuava de sua forma, a fim de promover as curas e prevenções da população brasileira perante esses períodos epidêmicos. Diante da defesa das formas de atuação ante as doenças, que cada um desses grupos realizava, esse campo de disputa se ampliava e se tornava mais complexo; pois, em determinadas ocasiões, as práticas tradicionais eram preteridas diante dos avanços científicos, como as vacinas; contudo, ao mesmo tempo, a tradição não foi abandonada, existindo relatos da atuação de práticos e curandeiros nas epidemias.

O crescimento urbano e a Guerra do Paraguai, que ocorreu no final do século XIX, contribuíram nas disputas entre as práticas de cura, sobretudo por conta da atuação dos médicos em campo de batalha, o que permitiu o desenvolvimento de novas técnicas e mostrou as deficiências que existiam dentro do exército e das atividades médicas. Com o crescimento das cidades, começou a se discutir a ideia do médico enquanto uma figura "missionária", que deveria promover a intenção de cura e a intervenção diante do aumento das doenças. Parte dessas intervenções médicas se davam nos espaços públicos, com o advento da imprensa

médica, como Revista Médica do Rio de Janeiro (1873-1879), a Gazeta Médica da Bahia (1864-1915), o Progresso Médico (1876-1880) e União Médica (1881-1889), que pautavam os debates públicos sobre as ideias da medicina, o combate as práticas tradicionais e as reformas que precisavam ser feitas.

Dentre essas reformas, tivemos, já no período republicano, a Reforma Benjamim Constant, de 1891, que concedeu permissão para que os constituintes provinciais pudessem legislar sobre questões referentes ao ensino superior, incluindo a medicina. Isso fez com que o processo de institucionalização médica no Brasil se intensificasse, com a criação de faculdades médicas no Rio Grande do Sul (1897) e São Paulo (1912), chegando em outras regiões, posteriormente. Os gaúchos, inspirados pela filosofia positivista de Augusto Comte, promoveram uma certa liberdade de ensino. Com isso, foi possível perceber médicos sendo formados, na mesma medida em que os antigos práticos continuavam a realizar seus trabalhos. O processo de medicalização do conhecimento seria contínuo até o final da República Velha.

Já no caso de São Paulo, primeiro foi realizada a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, que ao longo dos anos batalhou para a criação da Faculdade de Medicina e Cirurgia, em 1912, posteriormente transformada em Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1925.

> A estrutura curricular da Faculdade buscava dosar aulas teóricas e práticas de laboratório, abrindo a possibilidade de uma formação mais científica e não meramente clínica. O curso, que tinha a duração de seis anos, contava, em seu quadro docente original, com 6 professores estrangeiros nos cursos de Anatomia Experimental e Descritiva, Parasitologia, Fisiologia, Microbiologia e Patologia Geral (EDLER; FONSECA, 2006, p. 20).

A partir desses processos é que teríamos a maior institucionalização do saber médico e a diminuição das práticas populares de cura. Isso não significa que elas deixaram de existir, mas que foram perdendo espaço dentro do discurso científico, que passava a se basear cada vez mais nas novas disciplinas, como a química, a biomedicina e a farmacologia, além de pautar transformações na própria atuação médica, cada vez mais especializada.

Esse processo de desenvolvimento da medicina, enquanto ciência, foi intensificado ao longo do século XX, atrelado a ideia de prestígio social em torno da profissão médica, enquanto aqueles práticos e curandeiros continuaram a ser vistos como sujeitos menores dentro da hierarquia dos praticantes de cura. Hoje em dia, o Brasil possuí aproximadamente 310 cursos de medicina espalhados por todo o país, formando médicos que atuam dentro dos preceitos clínicos da especialização e da ciência. Isso não implica dizer que não existam métodos

alternativos que busquem resgatar os saberes tradicionais, que foram perdendo-se ao longo do tempo dentro dessa ideia da institucionalização do saber médico.

Atualmente, se busca cada vez mais práticas alternativas de tratamento médico, que levem em consideração as tradições e a cultura de determinados povos. Além disso, as figuras de curandeiros, rezadeiras e práticos, não sumiram do país, ainda sendo presente nas profundezas do território nacional, mesmo que em números menos significativos. A ideia desse texto é perceber que o que temos hoje, na qualidade de saber e prática médica, pode ser entendido historicamente, levando em consideração o desenvolvimento da medicina, enquanto ciência e seus confrontos com outras práticas de cura.

Vimos que na história geral da medicina isso se deu de diversas formas, sendo o conhecimento médico praticado e estudado de diferentes formas pelas mais variadas sociedades, até a chegada do modelo clínico científico nos séculos XVIII e XIX. No Brasil, observamos como isso se deu de forma mais especifica, pensando nas hierarquias das artes de curar e no processo de institucionalização médica, que foi ocorrendo ao longo do século XIX e XX e que tem os seus reflexos ainda nos dias de hoje.

A prática médica brasileira contemporânea tem uma importante trajetória de humanização da saúde no Brasil, o que colocou o país na vanguarda, por meio da utilização dos saberes tradicionais, aplicando-os nos cuidados básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e passou a ofertar uma saúde integralizada, o que Malta et al. (2016) determinam ser uma luta travada no âmbito sociopolítico ou, ainda, como Dacal e Silva (2018, p. 725) apontam que "(...) representou um grande avanço na história brasileira. A saúde passou a ser considerada um direito de todos os cidadãos e a ser assegurada pelo Estado. Porém, nem sempre é fácil garantir o acesso igualitário". As dificuldades ficam, em parte, por conta do sistema que sempre esteve ao lado das elites e, com a saúde, não seria diferente (CAVALCANTI; CARMONA; BARROS, 2019).

Porquanto, será nesse SUS que o modelo mecanicista, biomédico e elitizado vai dar lugar a uma prática com foco na qualidade de vida, que luta por estratégias democratizadas e que respeitam os contextos e o entorno da pluralidade social da sociedade brasileira (MALTA et al., 2016; DACAL, SILVA, 2018; ANTUNES et al., 2018). Consequentemente, a entrada das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) será a resposta a "(...) uma série de questionamentos feitos ao modelo biomédico, sobretudo no que diz respeito a sua baixa integralidade, expressa nos limites diagnósticos e terapêuticos (ANTUNES et al., 2018, p. 229).

Dentro da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), o governo brasileiro acrescentou as PICs, como estratégias inclusivas, que complementarão a medicina tradicional, rechaçando a fragmentação do corpo e abraçando a integralidade do Ser. Entretanto, essa caminhada, que criou as normativas de uso e concedeu o espaço dos saberes tradicionais dentro do Sistema de Saúde, ocorreu no Brasil a partir de 2006, por meio da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), implementada pela Portaria GM/MS nº 971/2006, com a inserção na Atenção Básica, além dos demais níveis de atendimento do sistema de saúde brasileiro, sendo mais tarde ampliada com as Portarias GM/MS nº 849/2017 e nº 702/2018. Entende-se como PICs:

> (...) todas as atividades devidamente regulamentadas e inseridas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde (PNPIC/MS), desenvolvidas por meio de ações integradas de caráter interdisciplinar, entre as quais se incluem a Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia e a Medicina Antroposófica, os Recursos Terapêuticos como a Fitoterapia, as Práticas corporais e meditativas, e o Termalismo-Crenoterapia, além de demais práticas reconhecidas ou que venham a ser reconhecidas pela PNPIC/MS (TELESI JUNIOR, 2016, p. 110).

No entanto, muitas outras práticas foram acrescidas e o SUS conta, em 2021, com 29 dessas práticas, a saber: aromaterapia, apiterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, medicina antroposófica, imposição de mãos, meditação, musicoterapia, naturopatia, ozonoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, fitoterapia, terapia de florais, termalismo social/crenoterapia, yoga e na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), temos a acupuntura e a auriculoterapia.

CAPÍTULO III – A BÍBLIA E AS DOENÇAS INFECCIOSAS: ANÁLISE DAS NARRATIVAS DOS TEXTOS TRADUZIDOS

> O xamã yanomami [...] não dissocia a sina do seu povo da do restante da humanidade. Não são apenas os índios, mas também os brancos que estão ameaçados pela cobiça do ouro e pelas epidemias introduzidas por estes últimos. Todos serão arrastados pela mesma catástrofe a não ser que se compreenda que o respeito pelo outro é a condição de sobrevivência de cada um (LÉVI-STRAUSS, 1993, p. 7).

Ao inaugurar esse capítulo, com ênfase na temática bíblica direcionada às doenças infecciosas, pensamos de maneira equivocada que um elemento comum à maioria das religiões é a existência de escritos que registram as 'verdades', ou como podemos chamar de 'revelações', que, regra geral, são recebidas por mediadores escolhidos entre aqueles de um determinado povo para ser o guardião da verdade, a qual deve ser anunciada aos demais. O uso do plural para os termos acontece na sequência de que se trata de um acontecimento polissêmico que envolve "(...) vários seres celestes que se manifestam, por vezes até com alguma contradição, mas também e principalmente porque a comunicação do conteúdo revelado ocorre em diversas ocasiões, algumas vezes ao longo de séculos e, portanto, para mais de um mediador" (DIETRICH; SILVA, 2021, p. 629). Todavia, incorremos em erro ao crer na necessidade de um livro para credibilizar uma religião.

Nessa questão, contando para esclarecer que o fato da nossa escrita se pautar nas traduções bíblicas – TEB, Bíblia de Jerusalém e a Bíblia do Peregrino, não é por condição preferencial dessa ou daquela religião, mas no sentido de entrecruzar os discursos utilizados pelos autores como produtos históricos discursivos, como entende Asad (1993) acerca do que é religião, além de se referir às doenças dentro dos textos bíblicos. E, por assim considerar, registramos o pensamento de Sampaio (2014) acerca dos livros sagrados para qualificar ou não uma religião, em essencial quando a autora faz referência a uma sentença proferida por um magistrado, que, ajuizando numa ação envolvendo dois lados - réu e acusado, atores de diferentes raízes religiosas, uma religião de matriz afro-brasileira, que sofreu perseguição de outra - a Igreja Universal do Reino de Deus, nas mídias sociais. A autora narra:

> (...) “as manifestações de religiosidade não contêm os traços necessários de uma religião a saber, um texto base (corão, bíblia etc) ausência de estrutura hierárquica e ausência de um Deus a ser venerado”. Na sequência afirma o seu não desejo de adentar no “pantanoso campo do que venha a ser religião”. Em primeiro lugar é importante frisar que o intuito de não querer discutir ou entrar na questão da definição de religião já se mostrava sem sucesso no momento mesmo de sua afirmação no texto da sentença. Claramente Rosa distingue conceitualmente “religiosidade” e “religião”. As religiões afro-brasileiras são tomadas como “manifestações de religiosidade”, ou ainda, como pontua, “as manifestações religiosas afro-brasileiras não se constituem em religião”, pois na perspectiva do magistrado para se constituir enquanto religião é necessário ter “um texto base”, tal como possuem as religiões monoteístas mencionadas implicitamente no texto jurídico - o islamismo e o cristianismo. Além disso, faz-se necessária a presença de uma estrutura hierárquica e um “Deus” com letra maiúscula, a ser venerado (SAMPAIO, 2014, p. 58).

A autora, seguramente, compôs uma narrativa à luz das CR que, em sua epistemologia, se distancia da Teologia e, nesse contexto teórico, a compreensão fica por conta da autora assegurar que uma religião não necessita de um livro sagrado, nem de um Deus único, como se refere o juiz em sua sentença de maneira grosseiramente equivocada considerando apenas as religiões cristãs. Esse esclarecimento é pertinente para justificar o uso dos termos ‘escrituras sagradas’, ‘bíblia sagrada’ ou ‘textos sagrados’, não no sentido de tomá-los por verdade inquestionável, mas como proposta acadêmica que versa sobre as doenças constantes no Pentateuco, que se encontra assentado e principiando o antigo testamento (AT), e considerado sagrada para o judaísmo. À semelhança, os outros livros, que compõem o novo testamento (NT), são considerados igualmente sagrados para o catolicismo. Nesse sentido, AT e NT constituem uma obra essencial para os cristãos.

No âmbito das leituras dos textos religiosos como portadores da revelação, os “livros sagrados”, ou “escrituras sagradas”, tanto servem como registro das verdades do mundo divino “(...) que não seriam conhecidas se não tivessem sido comunicadas pelos seres espirituais. Mas também são lidos para satisfazer buscas e necessidades individuais.”, [quanto] “podem ser utilizados para legitimar estruturas de poder e dominação, principalmente quando lidos de forma fundamentalista, como palavras reveladas (neste caso, ditadas) por Deus”, como afirmam Dietrich e Silva (2021, p. 630), que, na esteira do que Sampaio (2014) refere, reconhecem nessa postura um modo a impor uma interpretação dos textos que confirma e reforça o lugar da autoridade religiosa e civil, por isso a urgente discussão sobre o Estado laico, que embora não seja nossa pertinência (aqui no texto) é uma bandeira das CRs que merece um esforço cotidiano em seu favor.

Etimologicamente, Bíblia é um termo derivado da palavra grega *βιβλίον* (biblíon), que significa pergaminho, papiro ou livro, e da expressão grega *τὰ βιβλία τὰ ἅγια* (ta biblía ta hágia),

que significa livros sagrados (DOUGLAS, 2006, p. 168[17]). O termo foi apropriado pelo latim eclesiástico para designar o conjunto de livros sagrados que compõem a Bíblia, concebendo o formato que atualmente conhecemos.

Ao adentrar na temática da Bíblia, rapidamente alguns questionamentos surgem, tais como: de onde vem a Bíblia? Qual é a sua natureza? Ela reflete a palavra de Deus ou a dos homens? Essas demandas precisam ser elucidadas, ou pelo menos discutidas, para que se tenha uma melhor compreensão desses textos e, assim, partindo do lugar de fala, tentar identificar as doenças infecciosas nesses escritos, objeto desse estudo.

A Bíblia das primeiras comunidades cristãs era o AT, correspondendo, inicialmente, aos escritos sagrados, pois não estava definitivamente canonizado. Dessa forma, essas comunidades se guiavam, pelo menos parcialmente, baseando-se em determinados documentos que já eram lidos em suas comunidades, como a lei de Moisés, os profetas e os salmos. Essa afirmação pode ser confirmada em trechos do NT, com diferentes termos: "as escrituras" (Mt 21.42)[18]; "lei" (Rm 3.19); "lei e os profetas" (Mt 7.12); "a lei de Moisés, os profetas e os salmos" (Lc 24.44). Por outro lado, vale ressaltar que o NT nem existia quando do surgimento do cristianismo, sendo que os seus textos somente foram-se fazendo necessários com o decurso do tempo, com a morte das primeiras testemunhas de Jesus Cristo e com o surgimento das primeiras heresias. Outro ponto que destacamos:

> Na verdade, o termo *cânone* foi aplicado ao conjunto das duas partes da Bíblia somente no século IV d.C., muito embora o NT não tenha tido sua canonização definitivamente concluída nem mesmo em 367 d.C., com a carta de Atanásio, já que essa discussão se estendeu por mais algum tempo (LO IACONO, 2014, p. 47).

Nesse contexto, é possível afirmar que a Bíblia funciona como um arquivo, uma vez que reúne tradição, primordialmente passada adiante através da oralidade, conforme podemos perceber nessa passagem: "Eu vos transmiti, em primeiro lugar, o que eu mesmo recebera: Cristo morreu por nossos pecados, segundo as Escrituras." (1Co 15.3). No seguimento desse processo, temos a formulação da escrita que, geralmente, se compõe em um segundo passo, visando preservar essa tradição. Por isso, Lo Iacono (2014, p. 48) nos alerta sobre a importância de "distinguir entre a redação dos escritos, sua coleção e finalmente sua canonização", uma vez que "a maioria dos escritos bíblicos não foi redigida com o propósito de serem canônicos". Originalmente, nessas composições costumam estar necessidades bem pontuais, que eram, então, atendidas por textos escritos, dessa forma, passaram a adquirir importância mais ampla,

[17] Dicionário traduzido por João Bentes, 2006.
[18] Termos que se repetem na tradução da TEB (2020).

sendo colecionados para usos diversos. A partir daí, em um terceiro passo, ocorreu a canonização dessas coleções, surgindo a Bíblia como desfecho desse processo.

Vale um breve comentário sobre cânone para tornar mais cristalino o processo de canonização da Bíblia. Trata-se de uma palavra derivada do hebraico e significa 'vara', 'régua', 'medida'. Desse modo, serve como norma, regra, e é exatamente isto o que a Bíblia pretende ser: palavra normativa em assuntos de fé e conduta. Brakemeier (2003, p. 20) destaca que a importância do cânone é significativa quando se considera, por exemplo, que Marcião (140 d.C.) tentou criar o seu próprio cânone ao rejeitar o AT e filtrar do Evangelho de Lucas e de dez cartas de Paulo tudo aquilo que no seu entender era judaizante. Ou seja, não pode haver verdade cristã contrária aos dizeres da Bíblia, pois o cânone reúne os escritos constituintes da fé cristã. Portanto e segundo Arens (2007, p. 161), a decisão de se fixar um cânone surgiu da necessidade de se verificar, de todos os escritos existentes, aqueles que "verdadeiramente representam a fé da comunidade [...]. Tratava-se de uma questão de identidade religiosa – de ortodoxia, diríamos hoje". Em complementação, o autor pontua:

> A decisão de precisar a coleção (cânon) de escritos reconhecidos e admitidos como normativos deveu-se a razões históricas, de conflitos e de crise de identidade, tanto no judaísmo como, em seguida, no cristianismo. A razão principal pela qual se decidiu delimitar o cânon era que circulavam escritos de diversa índole que ofereciam tanto o que era produto da imaginação piedosa como uma visão equívoca da fé judaica ou cristã. Por conseguinte, impôs-se a necessidade de separar claramente os escritos que, sem dúvida, eram testemunhos fidedignos da revelação histórica, daqueles que tergiversavam a autêntica fé judaica (ou cristã) (ARENS, 2007, p. 159).

Por conseguinte, o critério fundamental observado na decisão sobre o cânone foi o da identidade entre a fé vivida pela comunidade e a fé que se expressava nos escritos em questão. Ora, para Arens (2007), era natural que um escrito que tinha sido lido, meditado, comentado e até observado em termos práticos durante muito tempo na maioria das comunidades locais como "Palavra de Deus" (ou pelo menos como altamente venerável) fosse reconhecido como canônico. Nesse ponto, podemos elencar o Pentateuco para a comunidade judaica e os Evangelhos e as cartas de Paulo para o cristianismo.

Além disso e de acordo com Lo Iacono (2014), todo escrito precisava ser coerente com os escritos que desde algum tempo já haviam sido considerados sagrados e que não podia ser contrariado por nenhum outro, como é o caso do Pentateuco. Diante dessas colocações, conseguimos perceber que a Bíblia possui uma natureza dupla, ou seja, possui o caráter divino e o caráter humano, segundo consideram os teólogos do cristianismo e das religiões cujos fundamentos estão baseados nas suas narrativas.

O viés teológico de Lo Iacono (2014, p. 45) nos ajuda a entender essa dualidade, bem como a importância que a palavra escrita tem para o Ocidente cristão, sobretudo, quando se diz que a Bíblia é a Palavra de Deus, está se dando destaque à sua relevância eterna; pois, fala para toda a humanidade em todas as eras e em todas as culturas. Mas, quando se diz que Deus escolheu falar a sua Palavra através de palavras humanas na história, está se enfatizando que todo livro na Bíblia, também, tem particularidades históricas, condicionado pela linguagem e pela cultura de sua época. Assim, a interpretação da Bíblia é exigida pela tensão que existe entre sua relevância eterna e sua particularidade histórica.

O citado autor, ao iniciar seus textos, faz uma reflexão, que nos norteia quanto à compreensão dos textos bíblicos, uma vez que esse estudo busca identificar doenças infecciosas, a leitura e a compreensão foram feitas à luz da ciência moderna, na esfera da Infectologia. Segue a colocação:

> Não existe leitura que não envolva algum processo de interpretação, mesmo que inconsciente. Sendo um texto, a Bíblia também é passível de interpretação. Isso não quer dizer que para compreendê-la seja imprescindível conhecer hermenêutica bíblica. Na verdade, cada ser humano aprende a interpretar desde o dia do seu nascimento, e esse processo se estende por toda a sua vida. A Bíblia, porém, devido ao seu conteúdo especial, de caráter revelador, apresenta uma peculiaridade. Costuma-se falar dela como possuidora de uma dupla natureza: ela é tanto Palavra de Deus como palavra humana. Assim, considerando-se os aspectos divinos da Bíblia, a iluminação do Espírito de Deus poderia ser para alguns o que há de mais importante quando se quer interpretá-la. Mas, quando se considera os aspectos humanos das Escrituras, argumenta-se que a sua interpretação não pode prescindir da aplicação das mesmas regras que incidem sobre todos os demais textos, não sagrados (Lo Iacono, 2014, p. 11).

A Bíblia não foi escrita para fins científicos, mas forneceu fontes inesgotáveis de inspirações para cientistas, profissionais de saúde, educadores, cosmólogos, filósofos e antropólogos em suas respectivas pesquisas. Para Sun[19] e Subhaktha e colaboradores[20], esse livro sagrado representa a sabedoria, o conhecimento médico e as práticas culturais presentes no momento de sua composição. Para dar apenas um exemplo, o oceanógrafo Matthew Fontaine Maury (1806-1873), conhecido como o "pai da oceanografia", inspirou e motivou-se na exploração das correntes de água e dos ventos nos oceanos a partir da Bíblia (Salmo 08), lido por seu filho durante sua doença. Essa exemplificação foi realizada por Sun (2013) em seus textos.

[19] Sun, J. Medical implication in the Bible and its relevance to modern medicine. *Journal of Integrative Medicine*. v. 11, n. 6, p. 416-421, 2013.
[20] Subhaktha, *et al.* Diet, dietetics and flora of the Holy Bible. *Bull Indian Inst Hist Med Hyderabad*. v. 36, n. 1, p. 21-42, 2006.

Embora difícil de acreditar, a Bíblia, mesmo escrita milhares de anos atrás, inclui informações médicas consonantes ou, pelo menos, não contraditórias à medicina moderna. Sun (2013) evidenciou em suas pesquisas que as declarações nessas obras sagradas sugerem conhecimento médico consistente com os aspectos médicos mundiais. O conteúdo dos textos bíblicos, com ideias "modernas", reflete o mistério do livro e a razão pela qual, depois de tantos anos, é ainda fonte de pesquisas em campos diversos.

No contexto das doenças infecciosas, os primeiros cinco livros da Bíblia, que compõem o Pentateuco, escritos por Moisés (1.491-1.451 a.C.), não só revelam princípios avançados e conhecimentos sobre higiene, quarentena e saneamento muito superior àquela possuída pelos egípcios e outras sociedades antigas, mas também excedia em muito os padrões praticados recentemente no século XIX. Por exemplo, o livro do Levítico, em seus capítulos 13 e 14, registra as orientações mais antigas sobre quarentena para o portador de lepra[21]; bem como, encontra-se o regramento diante das moléstias infecciosas: se um judeu ficasse impuro, em virtude de uma doença infecciosa, ele teria que observar um período de purificação e isolamento. Se a doença fosse curada, a vítima seria declarada limpa após uma observação cuidadosa e mais sete dias de isolamento. As roupas infectadas deveriam ser queimadas e o cabelo das vítimas deveria ser raspado. Revela, ainda, outros comandos acerca de como lidar com a lepra e outras enfermidades infecciosas. Para essas colocações, ressaltamos o seguinte trecho:

> O Senhor falou a Moisés e a Aarão, dizendo: 'Caso se forme na pele de alguém um tumor, dartro ou uma mancha lustrosa, e isto se torne uma doença do tipo da lepra, a pessoa é levada ao sacerdote Aarão ou a um dos sacerdotes, filhos seus; o sacerdote procede ao exame do mal da pele: se na parte doente o pelo se tiver tornado branco e isto parecer formar uma depressão na pele, é uma doença do tipo lepra; após o exame, o sacerdote declara a pessoa impura. Se se tratar de uma mancha lustrosa e branca na pele, e não parecer formar uma depressão na pele, os pelos não se tiverem tornados brancos, o sacerdote deixa o doente em isolamento por sete dias; no sétimo dia, o sacerdote procede ao exame: se o mal tiver ficado visivelmente estacionário, sem estender-se pela pele, o sacerdote deixa o paciente em isolamento por um segundo período de sete dias; no sétimo dia, o sacerdote procede a um segundo exame: se a parte doente estiver descolorida e o mal não se propagou pela pele, o sacerdote o declara puro: é um simples dartro; o indivíduo lava suas vestes, depois do que está puro; mas se o dartro se propagar pela pele, depois do exame pelo sacerdote em vista de uma declaração de pureza, o paciente vem para um novo exame por parte do sacerdote; o sacerdote procede ao exame: uma vez que o dartro se tiver propagado pela pele, o sacerdote o declara impuro: é a lepra (Lv 13.1-8; TEB, 2020, p. 165-166).

Essa citação evidencia uma parte das leis e regramentos seguidos pelos judeus, no tocante à saúde. Destacamos o papel do sacerdote, atuando como médico no diagnóstico da

[21] Atualmente, nominada Mal de Hansen ou, simplesmente, hanseníase.

doença de pele e reforçando a proximidade entre religião e medicina nesse período. Perante os mencionados capítulos do Levítico, acreditamos estar diante do primeiro modelo de legislação sanitária. Essa afirmação pauta-se em declarações de muitos estudiosos de história da medicina que expressam grande admiração pelas maravilhosas regulamentações relacionadas a saúde nos textos bíblicos. Como exemplo, referenciamos a fala de Sudhoff (1926): "Os capítulos 13 e 14 de Levítico são documentos oficiais importantes na história da medicina preventiva que merece ser escrito em letras de ouro radiante, pois foram destinados a ser o início da profilaxia moderna contra as doenças infecciosas".

Hobrink (2011), em seu livro, destaca que durante a devastadora peste negra na Idade Média, muitas vidas foram ceifadas. No entanto, entre os judeus o número de casos era menor em virtude de observarem a lei do isolamento de Moisés e essa prática bíblica foi extrapolada para outros povos, salvando incontáveis vidas. Em contraste, a ciência médica não tinha um entendimento completo do fato de que a maioria das doenças são causadas por microrganismos até o século XIX. Assim, os valores médicos de esterilização, saneamento e quarentena eram praticamente desvalorizados.

Corroborando com esse contraste, Peace e Anderson (2012) citam que a ciência ficou para trás em face dos textos bíblicos em, aproximadamente, três milênios no tocante aos cuidados com essas doenças de cunho infeccioso. Apenas, a partir das descobertas de Louis Pasteur, em 1860, da invenção do microscópio e do estabelecimento da ciência das bactérias é que os médicos começaram a lavar as mãos em água corrente. Procedimento, este, já descrito no livro do Levítico e adotado pelos seguidores das leis de Moisés.

Para Hobrink (2011), a Bíblia, também, expõe informações médicas em outros aspectos, como a implicação do sangue como fonte de vida. No entanto, há apenas dois séculos, os médicos fizeram um paciente sangrar (procedimento do qual foi chamado de sangria até 1900) como uma cura para qualquer tipo de doença sem perceber que, reduzindo o volume sanguíneo, colocariam em risco a vida de uma pessoa. Historiadores concordam que nesse período o presidente americano, George Washington, foi literalmente sangrado até a morte (PEACE; ANDERSON, 2012). Por outro lado, os textos bíblicos, apontam muitas vezes que a emoção está intimamente ligada à saúde física como, por exemplo, em Provérbios 17.22 (TEB, 2020, p. 1179) "Um coração alegre, facilita a cura".

Conforme a tecnologia avança, toda a sociedade se beneficia, mas a novidade, às vezes, traz danos devido ao equívoco de que o novo é, inerentemente, melhor que o velho. No entanto, a sabedoria não está vinculada ao fluxo do calendário. Muitas pesquisas revelam que as

descobertas modernas são, na verdade, uma redescoberta do conhecimento antigo, praticamente, em todos os principais campos da tecnologia e das ciências. Portanto, é sábio e faz-se mister estudar, tanto os conhecimentos tradicionais, quanto os modernos, favorecendo o bem-estar da sociedade, especialmente, no que se refere as doenças e o processo de cura; uma vez que é palpável, ao longo da história, a relação afinada entre medicina e religião.

3.1 Um olhar teológico para um breve relato de cura das doenças infecciosas nas narrativas bíblicas

Considerando que esse estudo está focado na presença da TB no Pentateuco, achamos por bem relatar sobre a presença das doenças infecciosas e das diversas questões sobre a cura e seus elementos primordiais. Para entendermos esse tema, devemos nos atentar a duas coisas essenciais: a diferença de mentalidade entre o mundo da Bíblia e o mundo contemporâneo, moderno e científico, e a distinção entre os dois ambientes do próprio texto bíblico que se apresentam no AT e no NT. Além dessas duas questões, precisamos estar vigilantes aos componentes da cura que aparecem nesses textos, a medicina e o milagre, ademais é igualmente importante considerar as traduções bíblicas que por vezes utilizam uma semântica diferenciada para se referir ao mesmo texto.

Na contemporaneidade, segundo Alfons Weiser (1978), a experiência de Deus foi colocada como elemento secundário, enquanto a excepcionalidade apareceu como a questão principal. Já na Antiguidade, acontecia o caminho inverso: a experiência divina era posta em primeiro plano, enquanto a excepcionalidade era um elemento posterior. Isso pode ser percebido na Bíblia, já que a experiência de Deus agia a fim de promover a salvação de Jesus (elemento principal), enquanto a excepcionalidade dessa salvação era tida como um elemento secundário.

No Mundo Antigo, não havia uma distinção clara entre o que poderia ser chamado de cura natural e de milagre da cura, já que nessas sociedades, as figuras do sacerdote e do médico muitas vezes estavam entrelaçadas. Por isso, quando estudamos o AT, por exemplo, devemos estar atentos ao contexto em que se passavam essas histórias: o mundo da Antiguidade oriental em contato primordial com o mundo helenístico. Portanto, muitas vezes o texto bíblico vai apresentar a cura por meio da taumaturgia e dos milagres. Sobre essa existência dos milagres,

os evangelistas e cristãos não apresentam ressalvas ao narrar esses fatos, muito pelo contrário, veem nessas histórias de milagres a figura do divino e os sinais da graça de Deus.

Existem três elementos imprescindíveis a serem entendidos nesse período da Antiguidade e já que falam previamente da relação entre a medicina e os milagres de cura. Primeiro, é compreender que a medicina nesse período não era necessariamente científica, como nos moldes atuais, mas sim um instrumento de diagnose e terapia de doenças, que combinava métodos indutivos, teorias e práticas de cura com medicamentos naturais, tendo como objetivo recuperar o estado de saúde dos doentes, a exemplo do que fala o texto de Possebon (2017) da experiência grega arcaica de espiritualidade e saúde do Ser Integral. Segundo, devemos entender o milagre enquanto a ação do divino na cura das pessoas e na intenção desses indivíduos de apelarem, diretamente ou por intermédio de algum agente, a Deus para obterem os resultados que necessitavam. E terceiro, outra forma de obtenção de cura, durante a Antiguidade, era através da magia[22], ou seja, conseguir algo mediante alguma técnica específica ou a recitação de alguma fórmula mágica. Então, devemos entender que no período em que foi escrito o AT, tínhamos esses três elementos relacionados a cura das doenças: a medicina, os milagres e as magias.

No AT, as ações divinas são descritas através de três vocábulos específicos: *oth*, *mopeth* e *pelé*. *Oth* diz respeito aos sinais pactuais que Deus faz em diversos momentos ou sinais milagrosos que aparecem ao longo do texto, a exemplo das pragas do Egito. *Mopeth* significa prodígio e realça a natureza extraordinária que Deus tem em relação ao seu povo. Tantos esses "sinais", como os "prodígios", são ações divinas para com o povo de Israel, principalmente durante o Êxodo e durante a conquista da terra prometida de Canaã. Já o termo *Pelé* é a ação de salvação que Deus imprime e se manifesta durante o Êxodo. Outro aspecto importante no AT e que diz respeito as ações divinas é a ideia de milagre concebida por meio de um Deus operante que escolhe um agente de cura, a exemplos de Elias e Eliseu, ou seja, a cura e o milagre são intermediados por escolhidos de Deus (STRINGHINI, 1997).

[22] Aqui, faz-se necessário a diferenciação entre magia e religião. Segundo Mauss (2003, p. 59-60), existem diferenças quanto ao agente, ao *locus* e a periodicidade: "Em primeiro lugar, os ritos mágicos e os ritos religiosos têm com frequência agentes diferentes [i.é., o mágico e o sacerdote]; eles não são efetuados pelos mesmos indivíduos. [...] Enquanto o rito religioso busca em geral a luz do dia e o público, o rito mágico os evita. [...] O tributo prestado às divindades por ocasião de um voto, de um sacrifício expiatório por causa de doença, é sempre, em última instância, uma homenagem regular, obrigatória, necessária mesmo, ainda que seja voluntária. O rito mágico, ao contrário, embora seja às vezes fatalmente periódico (é o caso da magia agrícola), ou necessário, quando feito em vista de certos fins (de cura, por exemplo), é sempre considerado irregular, anormal e, pelo menos, pouco estimável. [...] Há necessidade, e não obrigação moral, no recurso [...] ao mágico."

O AT é permeado de algumas discussões em torno dos milagres, das curas e das doenças. Nesse texto, é evidente a concepção de que determinados castigos e doenças são frutos da ação divina sobre as pessoas, principalmente aquelas que praticam o pecado. Assim, podemos encontrar diversos exemplos desses chamados "milagres de castigo" "(...) como a lepra de Moisés (Ex 4.6-8); a lepra de Maria (Nm 12); a morte de Acazias (Ocozias) e seus soldados pela intervenção (castigadora) de Elias (2Rs 1); a lepra de Giesi (2Rs 5.20-27)" (STRINGHINI, 1997, p. 122). Em outro momento, a ideia do milagre de castigo acontece quando Davi amaldiçoa Joab e sua família por ele ter assassinado Abner, com auxílio de seu irmão Abissaí. Dentre as maldições, estaria a lepra, assim como aconteceu com Amasias, que foi acometido por essa doença, como forma de castigo pelos seus pecados.

A questão da lepra é interessante no contexto do AT, pois ela acompanhava a ideia da Lei do Puro e do Impuro. Certas doenças, a exemplo da citada anteriormente, e outros fenômenos relacionados ao funcionamento do corpo, como o sangue e a sexualidade, faziam com que as pessoas ficassem proibidas de frequentar determinados ambientes sociais. A ideia da pureza do corpo servia como uma regra social de higiene e controle dos corpos doentes, especialmente nas doenças em que não se havia a cura. Servia, também, para justificar o desconhecimento da doença, principalmente atrelando-a a ideia de castigo divino, devendo o leproso ficar segregado do convívio social. Isso é perceptível no livro de Números quando Deus ordena que Moisés expulse de seu acampamento aqueles que estivessem acometidos de lepra e de gonorreia por conta da impureza ritual e cerimonial dos adoecidos. Vale ressaltar que essa impureza ritual não caracteriza pecado, mas uma condição de impossibilidade de contato com o divino. Assim, na religião hebraica, impureza (estar inapropriado) é diferente de pecado, que está mais relacionado com castigo/maldição/doença.

Ao percebemos uma diferença entre pecado e impureza ritual/cerimonial, no contexto do AT, buscamos tentar clarificar essa contraposição. Rodrigues (2009) traz algumas noções de pureza na Bíblia "[...] têm a ver com ideias sobre purificação e ordenação que se estendem da experiência individual à vida em sociedade. [...] A definição da pureza ou da impureza no corpo definirá (1) a condição de cada membro do grupo e (2) a condição do grupo em relação "aos de fora". Contatos permitidos e contatos a ser evitados, ao mesmo tempo em que definem a condição espiritual dos membros do grupo, definem seu status social" e pontua:

> No AT, isto era especialmente necessário em função do intercâmbio com as culturas no Mediterrâneo Antigo e em função da expansão do Império greco-romano. Os altos Sacerdotes e as lideranças do Templo (os chamados levitas) eram os mais puros,

> enquanto judeus de classes inferiores deveriam buscar a separação guardando a Lei mosaica, cumprindo rituais de pureza e, sempre que necessário, oferecendo sacrifícios expiatórios para purificação dos pecados (RODRIGUES, 2009, p. 84).

Deus poderia operar a cura por meio de agentes específicos, como foi o caso de Elias e Eliseu, presente no AT. Elias foi um dos profetas bíblicos e ficou conhecido pela realização de grandes feitos, incluindo o episódio do milagre da ressureição do filho da viúva de Serepta, presente no primeiro livro dos Reis. Eliseu acompanhou e serviu a Elias, sendo escolhido por Deus para realizar atos milagrosos após o arrebatamento de Elias. No segundo livro dos Reis, é possível perceber a atuação de Eliseu promovendo milagres, como na ressureição do filho da sunamita e a purificação da lepra no sírio de Naaman. No primeiro relato, da ressureição, é possível perceber aqueles três elementos presentes na cura da antiguidade: a magia (quando ele coloca o bastão no rosto do menino), o milagroso (quando Eliseu ora para Deus) e o medicinal (quando ele cuida e toca o corpo do menino).

No livro de Isaías, ainda no AT, percebemos a cura das doenças e a libertação dos pobres dentro de um período messiânico. No seu livro, fez-se referência aos doentes, cegos e indigentes, dizendo que haverá um caminho sagrado para todos, menos aqueles que sejam impuros. Ao longo do texto, Isaías vai descrevendo:

> A missão do servo sofredor como sendo a de "abrir os olhos dos cegos, soltar do cárcere os presos e da prisão os que habitam nas trevas"; Is 53,4ss continua descrevendo a missão do servo como aquele que eliminará as dores e doenças: eram nossas enfermidades que ele levava sobre si, as nossas dores que ele carregava (v. 4); por suas feridas fomos curados (v. 5) (STRINGHINI, 1997, p. 123).

No livro do Eclesiástico é possível encontrar algumas questões referentes às práticas de cura dentro do contexto do AT e da Antiguidade. Esse livro faz um paralelo entre Deus e os médicos, colocando que as mãos de Deus agem sobre as mãos dos médicos, promovendo a cura dos doentes. Ao longo do capítulo 38 do referido livro, se tem uma ideia dessa relação entre a medicina e a religião, pois é pontuado que foi Deus quem criou os médicos, que toda medicina provém de Deus, os medicamentos da terra, também, são frutos da criação divina e que é preciso orar e não cometer pecados para não adoecer. Por fim, o capítulo finaliza, declarando que aquele indivíduo que peca diante de Deus acabará caindo nas mãos dos médicos. Algumas outras passagens do AT trazem a questão da cura divina, como quando Deus cura a esterilidade de Abimalec e toda a sua casa ou quando é narrada a doença e cura de Ezequias.

No NT temos a figura de Jesus Cristo bastante presente nas questões envolvendo a cura de doentes. Ao longo de sua passagem, Jesus é confrontado por diversas pessoas doentes que

veem nele uma figura divina que age em nome de Deus, inclusive com o poder de curar. Os encontros dos doentes com Jesus nos textos bíblicos, geralmente, são carregados da ideia de que a cura da doença é uma libertação do espírito. São nesses encontros que Jesus se revela um ser misericordioso e com compaixão pela humanidade, seguindo a ideia de que Deus também é assim, principalmente com aqueles que eram mais necessitados.

Os encontros de Jesus com os doentes revelam, nos textos do NT, a ideia de que a saúde é um dom de Deus. Além dos doentes, Jesus se depara com os chamados "endemoniados", pessoas com espíritos malignos que são libertadas da escravidão psicológica e física que esses demônios promovem. O "possuído" fica refém desses espíritos e Jesus tem o poder de libertá-los por meio de sua palavra e pela sua fé em Deus, de forma a fazer a pessoa se sentir melhor, amada e respeitada diante da sociedade e do divino.

As características dos milagres realizados por Jesus devem ser entendidas no contexto religioso do próprio texto bíblico, como os sinais da presença do Reino de Deus e da figura do Messias. Com o objetivo de realizar as atividades de Deus e de anunciar o evangelho, Jesus teve a sua trajetória marcada pela simplicidade, humildade e proximidade com os mais pobres. Contudo, devemos levar em consideração o seguinte aspecto: a ação de Jesus se deu em um período e a escrita do NT se deu posteriormente, ou seja, estava carregada de questões próprias da antiguidade clássica, principalmente a valorização da figura humana-divina, presente no arquétipo mitológico da época. As histórias dos milagres vão constituir a Aretologia, os relatos das coisas maravilhosas, excepcionais e virtuosas, especialmente nos evangelhos, como o de Marcos.

Os evangelistas eram aqueles fiéis a Jesus que, no intuito de difundir as suas realizações e as suas atividades, principalmente o anúncio do Reino de Deus, escreveram e narraram os passos de Cristo ao longo de sua trajetória terrena. De acordo com esses textos, podemos perceber que a figura de Cristo nos milagres é bastante serena, nunca os realizava em benefício próprio, para se defender ou para tirar algum proveito disso. Jesus não operava aqueles milagres punitivos presentes em alguns casos no AT, mas só intervinha quando era necessário, sobretudo se fosse para o bem de alguma pessoa. Não usava recursos mágicos ou hipnóticos, mas sua principal forma de curar por meio dos milagres era o gesto e a palavra.

Essa sobriedade dos milagres de Jesus pode ser marcada, substancialmente, pela ideia do gesto. É por ele que se revelava a potência divina. Com os milagres de Cristo, se rompia com a ideia de que a doença era consequência direta do pecado. Os milagres anunciavam o Reino de Deus, a vitória do poder divino sobre as coisas mundanas, incluindo as doenças, e

sobre as ações do mal. Ao longo das passagens bíblicas, Jesus constantemente anuncia a chegada do Reino de Deus, a sua presença entre as pessoas e os seus milagres seriam os sinais disso: Jesus era o Messias porque realizava as coisas que Isaías havia profetizado: era um servo que curava os leprosos, que fazia os cegos enxergarem e que abria as portas do Reino de Deus para os mais necessitados.

O principal sentimento que guiava Jesus em seus milagres, em especial aqueles relacionados a cura de doenças, era a compaixão e o amor ao próximo, como nos casos do leproso, do paralítico e da multidão faminta narrados no Evangelho de Marcos. As ações realizadas por Cristo, durante a sua passagem na terra, revelavam a sua ideia de se abrir o Reino dos Céus para o novo povo de Deus. Seu sentimento era o de empatia com o próximo, de compaixão e de amor, principalmente com aqueles grupos marginalizados pela sociedade: os doentes, os pobres e os mais necessitados. Ele proclamava uma nova religião, de cunho monoteísta, que pregava primordialmente o amor, um dos mandamentos presentes no texto do AT: amar a Deus e amar ao próximo. A religião teria um papel muito maior no que diz respeito a sua função social. Não estava ligada somente aos ritos e sacerdotes, previa a libertação dos pobres e o grito de amor aos mais necessitados. Esses seus milagres estavam revestidos em uma dimensão profética, de libertação de um povo em sua totalidade.

Em alguns de seus milagres, podemos perceber os sinais messiânicos de Cristo. Geralmente, o milagre vinha precedido de frases como “a tua fé te salvou” ou expressões como “vai em paz e fica curada desse mal” (Mc 5.34), “vai, a tua fé te curou” (Mc 10.52) no caso do cego de Jericó, “levanta-te e vai” (Lc 17.19) no caso do leproso samaritano ou quando ele disse “tua fé te salvou, vai em paz” (Lc 7.50) quando a pecadora unge os pés de Jesus. Esse messianismo de Cristo pode ser percebido também no episódio da ressurreição da filha de Jairo, quando Jesus diz “não temas, crê somente” (Mc 5.35) ou no exorcismo do menino epiléptico, quando Jesus fala ao pai da criança “tudo é possível naquele que crê” (Mc 9.23). Diversas outras passagens apresentam esse tipo de diálogo em que Jesus pede unicamente que as pessoas creiam na palavra de Deus. Esses eventos destacam a fé das pessoas que suplicam pela cura diante de Jesus; assim, evidencia-se a importância da fé no desenvolvimento da cura ou como a tomada de decisão através da fé (levanta-te e vai) pode ser primordial na cura das pessoas.

Os gestos de Jesus são importantes nos milagres e na sua relação com a cura das pessoas. O gesto mais comum de Cristo, durante a realização de seus milagres, é o de “impor as mãos”. Além desse, aparecem no texto bíblico os gestos de “estender a mão”, “tomar pela mão” e “tocar”. Em relação a “impor as mãos”, podemos perceber em algumas situações presentes no

evangelho de Marcos, como no pedido que Jairo faz a Jesus para ele impor as suas mãos sobre sua filha (5.23), ou quando cura o surdo-mudo (7.32-33) e o cego de Betsaida (8.23-25).

Já o gesto de "estender a mão" evoca o que Deus fez, no AT, para libertar o seu povo. No NT, Jesus utiliza desse gesto no milagre da purificação do leproso e quando, ao caminhar sobre as águas, estende a mão a Pedro. Em outros momentos acontecem situações em que Cristo estende a mão, por exemplo, ao homem da mão seca (Mc 3.5) e, no livro dos Atos dos Apóstolos, Pedro e João oram a Deus pedindo para que ele estenda a mão sobre eles.

Outra verificação dos gestos de Cristo no NT é descrita pelo ato de "tomar pela mão". Isso acontece em alguns momentos quando Jesus cura a sogra de Simão (Mc 1.31), na ressureição da filha de Jairo (Mc 5.41), na cura do cego de Betsaida (Mc 8.23) e no episódio do epiléptico que estava endemoniado (Mc 9.27). Os evangelhos se referem ao ato de Jesus tocar as pessoas em seus milagres, como uma outra forma gestual de se efetuá-los. Esse é um dos casos recorrentes ao longo da narrativa e podem ser identificados nas mais diversas passagens do NT, principalmente nos livros de seus apóstolos

> Este gesto está presente na narrativa sinótica da purificação do leproso (Mc 1,41; Mt 8,3; Lc 5,13). Em Mateus, o gesto de tocar se verifica na cura da sogra de Pedro (8,15); na cura dos dois cegos (9,29) e na cura dos cegos de Jericó (20,34). Em Marcos, Jesus toca o epiléptico endemoninhado (7,33). Em Lucas, Jesus toca o esquife do filho da viúva de Naim (7,14); toca e cura a orelha do servo do sumo sacerdote (22,51). Também fora dos contextos de cura Jesus realiza este gesto: traziam-lhe até mesmo as criancinhas para que as tocasse (Mt 10,13 e Lc 18,15) (STRINGHINI, 1997, p. 128).

Outro livro do NT, que demostra os elementos do milagre e da cura de Jesus, é o Atos dos Apóstolos. Este livro descreve os acontecimentos após a ressurreição de Jesus e como os seus discípulos tomaram a palavra de Cristo para anunciá-lo e, em seu nome, promover prodígios e curas. Podemos ver isso quando Pedro, diante de um paralítico, afirma não ter ouro nem prata, mas apenas a palavra de Jesus, fazendo com que o doente se cure e levante (At 3.1-10). Em outro momento, Pedro cura um paralítico em Lida (At 9.33-35) e promove a ressureição de uma mulher em Jope (At 19.11-12). Paulo operou alguns milagres, como a cura de um homem aleijado em Listra (At 19.8-10), a cura do pai de Públio (At 28.7-10) e a ressurreição de Êutico em Trôade (At 20.9-12).

Ao longo de suas pregações, Pedro e Paulo, iriam reafirmar as ações e milagres de Jesus ao longo de sua vida, realizando a obra de Deus como seus discípulos. O livro dos Atos Apostólicos mostra como o poder de Deus levava os apóstolos a realizarem curas e milagres. Por conta dessas atividades, são perseguidos pelas autoridades da região, por agitarem e

incitarem o povo em ações subversivas. Além disso, realizavam esses prodígios de forma gratuita, bem como fazia Jesus, com o intuito de libertar os mais necessitados e promover a compaixão e o amor ao próximo, desmascarando as formas de cura que viriam por meio da magia ou do lucro.

As Epístolas de Tiago, também, retratam algumas questões referentes as doenças e a cura na parte em que ele trata da unção dos doentes. A Igreja Católica utiliza esse texto no sacramento da Unção dos Enfermos, no qual ela ora pelo doente, faz a unção do mesmo com óleo e depois realiza a confissão dos pecados. Segundo esse sacramento, o alívio das dores e das doenças é feito por meio da oração e da fé em Deus. A oração e a confissão vêm para libertar a alma do doente, visto que a saúde do corpo e do espírito estão relacionadas. No texto de Tiago, ele afirma que, se alguém está doente, deve chamar os sacerdotes da Igreja para a realização da unção com óleo e a oração pelos doentes (5.14-16).

O tema da cura aparece ainda na Epístola de São Paulo aos Romanos (Rm 15.14), onde Paulo se mostra contente com as ações de Jesus com os mais pobres e necessitados por meio do seu ministério. Para Paulo, a adesão das pessoas comuns a Cristo se deu pela força dos sinais e pelos prodígios realizados por ele. Dentre os sinais que distinguiram Jesus, estavam os da paciência a toda prova, os sinais milagrosos e os seus prodígios. Sobre o dom da cura e de fazer milagres, Paulo coloca que o Espírito pode dar sabedoria, ciência, dom da cura e poder de realizar milagres. Dentro desses dons, Paulo estabelece que os próprios doutores podem operar milagres de cura.

Podemos perceber, ao longo do texto, que existe uma relação intrínseca entre os dons da cura, os milagres e a própria ideia de religião dentro dos textos bíblicos, como o AT e o NT. Do ponto de vista teológico, destacaremos três principais fatores. O primeiro é o de que os milagres são sinais da chegada e da presença do reino divino na terra. O milagre da multiplicação dos pães, por exemplo, revela que o reino da justiça acontece onde se promove a partilha dos bens, como os pães. Os diversos milagres de cura revelam que a vida e o restabelecimento da saúde são os maiores dons que Deus ofereceu aos seres humanos.

Outro ponto a ser destacado é o de que os milagres revelam a opção de Jesus Cristo pelo cuidado com os grupos mais pobres, os marginalizados, os excluídos, os doentes e as mulheres. Ao realizar os milagres para com esses grupos, Jesus expressa, pelos seus gestos e atitudes, a compaixão e o amor ao próximo que não só ele sentia, mas que Deus sentia pela humanidade. O doente, ao se aproximar de Cristo, não experienciava somente a cura da doença, mas a própria ideia da religião cristã.

Por fim, os milagres de Cristo significavam a vitória do Reino de Deus sobre o Reino do Mal, do homem sadio e saciado sobre o homem doente e faminto, do homem em paz com Deus sobre o homem que não tem fé, da sociedade boa e justa sobre a sociedade que perseguia e discriminava os mais necessitados, da vida sobre a morte. Os milagres e as curas promovidas por Jesus não tinham um fim em si próprias, mas representam algo maior e grandioso, que era a vitória de Deus e da religião católica no mundo dos homens. Essa é uma ideia que precisa ser resgatada cada vez mais nas religiões, tendo em vista que elas têm um papel fundamental na cura e na transformação na vida das pessoas, tanto em seu caráter prático, como no nível simbólico.

3.2 As traduções bíblicas e as doenças infecciosas

Diante de extensa temática e de forma ilustrativa, destacamos as doenças identificadas, sob suporte dos conhecimentos médicos atuais na esfera da Infectologia, segundo Veronesi e Focaccia (2020), no Pentateuco, sob as traduções *Bíblia do Peregrino* (2017), *Bíblia de Jerusalém* (2016) e a *Tradução Ecumênica da Bíblia* - (TEB) (2020). Todavia, no uso dos textos das três traduções especificamos a diferença entre as estruturas das obras, a seguir.

Acerca da Bíblia do Peregrino pode ser dito que foi publicada inicialmente em 1996, na Espanha, e depois traduzida em inúmeros idiomas. Todavia ocupa-se de um tipo de tradução mais aproximada do leitor e igualmente às referenciadas mais adiante, traz comentários do texto por meio de notas e introduções. "O intuito de traduzir cuidadosamente esse conteúdo é reproduzir a feição das línguas antigas nas línguas atuais. Pela análise estilística comparativa, chega-se a uma equivalência entre o estilo das línguas originais e o estilo das neolatinas, sobretudo em textos narrativos e poéticos" (PAULUS, 2021, *on-line*). Essa edição permite-se ao uso catequético e pastoral, além de se caracterizar por uma leitura idiomática 'moderna' com suporte acadêmico-científico, contudo faz uma intersecção com a encíclica *Dei Verbum* e apresenta um vocabulário de notas temáticas.

A Bíblia de Jerusalém é a edição brasileira revisada e atualizada segundo a edição francesa da *Bible de Jérusalem*, oriunda dos estudos realizados pela Escola Bíblica de Jerusalém. Sua tradução segue rigorosamente os originais, com a vantagem das introduções e notas científicas que objetivam levar o leitor a um passeio pelas referências geográficas, históricas, literárias etc., além das notas introdutórias e referências marginais, mapas e

cronologia. Possui como base o *Texto Eclético* - utiliza o *Texto Crítico* e de *Nestle-Aland*, além de variações do *Texto Majoritário* no NT. Para o AT, se detém no *Texto Massorético* - variações da *Septuaginta* e da *Vulgata Latina*, que lhe são somados os livros Deuterocanônicos e partes adicionais do Livro de Daniel e de Ester. Atualmente, é considerada por boa parte dos estudiosos em linguística como um texto referencial para estudos, abarcando um sensível número, desde os teólogos aos pesquisadores e estudiosos em geral.

A Tradução Ecumênica da Bíblia (TEB) traz textos baseados nas narrativas originais, reproduzindo fielmente o modelo mundialmente conhecido na tradução ecumênica da Bíblia em sua edição francesa, contém texto original do AT ou do primeiro testamento, com os livros deuterocanônicos ou apócrifos, e do NT - traduzido, com introdução e notas. Elaborado por diversas confissões cristãs e do judaísmo, representando a harmonia da unidade e respeitando a diversidade na literatura aramaica, hebraica e grega.

Nesse contexto, é importante referenciar que algumas considerações sobre os princípios que nortearam a versão em português, como o caso de não seguir a literalidade absoluta, uma vez que pode conduzir o leitor ao erro, pois:

> (...) a relação entre os vocábulos e a realidade está em contínua mudança, razão pela qual sempre se precisa de novas traduções. Tampouco procura a simplificação de uma tradução popular. Procura, antes de mais nada, cuidadosa fidelidade semântica, ou seja, expressar, em língua moderna, e levando em consideração a cultura atual, a realidade comunicada pelas palavras antigas. O objetivo desta tradução não é a literalidade servil, mas a familiarização do leitor com os campos semânticos nos quais o texto se move. Muitas vezes, a tradução gramatical e lexicalmente fiel foi suficiente para alcançar esse objetivo. Outras, porém, foi preciso recorrer a expressões equivalentes ou, conservando a expressão original por causa do seu uso consagrado ou íntima conexão com o contexto, explicá-la em nota (TEB, 2020, p. X).

Traduzida, segundo o padrão internacional, assegura a ordem original dos livros no AT. A versão utilizada nesse texto é a versão portuguesa que segue a edição francesa e se pauta nas melhores edições críticas dos textos originais e conforme as ações mais recentes publicadas em 2020.

Ao direcionar nossa pesquisa aos cinco livros iniciais da Bíblia, é pertinente ressaltar que Pentateuco "É uma palavra grega que designava os "cinco estojos" que encerravam os volumes ou rolos, as cinco partes daquilo que se chama em hebraico a Torá, palavra habitualmente traduzida por "Lei; por isso dizia-se também [...] "cinco livros de Moisés", pois, conforme a tradição, Moisés é o legislador (...)" (TEB, 2020, p. 15). Refere-se aos primeiros cinco livros do AT, nominados em grego, no intuito de dar ideia esquemática de seu conteúdo: Gênesis - as origens; Êxodo - a saída do Egito; Levítico - corresponde ao papel dos filhos de

Levi na legislação cultual; Números - provém do recenseamento das tribos; e o Deuteronômio - segunda lei, é como uma retomada, uma repetição da lei (TEB, 2020, p. 15).

Adiante, os relatos das possíveis doenças infecciosas identificadas no Pentateuco, de acordo com as traduções elencadas.

Quadro 4 - Lepra e furúnculos.

Texto	Bíblia do Peregrino	Bíblia de Jerusalém	Bíblia TEB
Êxodo 4.6b	Ele a pôs e, ao tirá-la, tinha a pele descolorida como a neve.	Ele pôs a mão no peito e, tirando-a, eis que a mão estava leprosa, branca como a neve.	Ele pôs a mão no peito e, quando retirou, estava como lepra, branca como neve.
Êxodo 9.9	[...] ele se transformará, por todo o território egípcio, em pó que cairá sobre homens e animais, produzindo úlceras e chagas em todo o território egípcio.	Ela se converterá em pó fino sobre toda a terra do Egito e provocará, nos homens e nos animais, tumores que se arrebentarão em úlceras, por toda a terra do Egito.	Espalhando-se como pó sobre toda a terra do Egito, provocará furúnculos cheios de pus nos homens e nos animais de toda a terra do Egito.
Levítico 13.2 Descrição da investigação de lepra pelo sacerdote	Quando alguém tiver uma inflamação, uma erupção ou mancha na pele, e se produzir uma afecção cutânea, será levado diante do sacerdote Aarão ou de qualquer de seus filhos sacerdotes.	Se se formar sobre a pele de um homem um tumor, um dartro ou uma mancha, pode tratar-se de um caso de lepra da pele. Será conduzido a Aarão, o sacerdote, ou a um dos sacerdotes seus filhos.	Caso se forme na pele de alguém um tumor, um dartro[23] ou uma mancha lustrosa, e isto se torne uma doença do tipo da lepra, a pessoa é levada ao sacerdote Aarão ou a um dos sacerdotes, filhos seus.
Levítico 13.30b	[...] se observar que está afundada e o pêlo se tornou amarelo e ralo, o sacerdote o declarará impuro: é o caso se	[...] se constatar uma depressão visível da pele, com pêlo amarelado e fino, declarará o enfermo impuro. É tinha, isto	[...] se a chaga parecer formar uma depressão na pele e houver pêlo arruinado e rarefeito, o sacerdote o declara impuro: é a tinha,

[23] Dartro - crosta ou esfoliação produzida por diversas doenças de pele, inclusive de ordem infecciosa.

	sarna, afecção da cabeça ou da barba.	é, lepra da cabeça ou do queixo.	isto é, a lepra da cabeça ou do queixo [...]

Quadro 5 - Gonorreia, afecções de pele, TB e peste.

Texto	Bíblia do Peregrino	Bíblia de Jerusalém	Bíblia TEB
Levítico 15.2b	Quando um homem sofrer de gonorreia, é impuro.	Quando um homem tem um fluxo que sai do seu corpo, tal fluxo é impuro.	Se algum homem é afetado por um corrimento nos seus órgãos, este corrimento o torna impuro.
Levítico 26.16ª	"[...] então eu vos tratarei assim: enviarei contra vós o terror, o definhamento, a febre, que anuviam os olhos e consomem a vida; [...]	"[...] então eu farei o mesmo contra vós. Porei sobre vós o terror, o definhamento e a febre, que consomem os olhos e esgotam a vida.	[...] então, eis o que farei: Mobilizarei contra vós, para apavorar-vos, o definhamento e a febre, que esgotam a vista e acabam com a vida.
Levítico 26.25a.25c	Farei vir contra vós a espada vingadora de minha aliança, [...]. Eu vos mandarei então a peste, [...]	Farei vir contra vós a espada que vingará a minha Aliança. [...], enviarei a peste no meio de vós [...]	Farei vir sobre vós a espada encarregada de vingar a Aliança, [...], mandarei a peste ao vosso meio, [...]
Números 14.12a	Vou feri-lo de peste [...]	Vou feri-lo com pestilência [...]	Vou feri-los com a peste [...]
Deuteronômio 24.8	Cuidado com as afecções da pele; cumpri exatamente as instruções dos sacerdotes levitas: cumpri o que lhes ordenei.	Quando houver lepra, cuida de pôr diligentemente em prática tudo o que os sacerdotes levitas vos ensinarem; cuidareis de pôr em prática o que eu lhes tiver ordenado.	Toma cuidado com as doenças do tipo lepra, observando perfeitamente e pondo em prática tudo o que vos ensinarem os sacerdotes levitas; cuidai de proceder segundo as ordens que eu lhes dei.

Deuteronômio 28.21-22	Que o Senhor te faça pegar peste, até acabar contigo, na terra à qual vais para tomar posse dela. Que o Senhor te fira com a tísica, a febre e os delírios; seca, esgotamento e mofo; que te persigam até que morras.	Iahweh fará com que a peste se apegue a ti até que te elimine do solo em que estás entrando, a fim de tomares posse dele. Iahweh te ferirá com tísica e febre, com inflamação, delírio, secura, ferrugem e mofo, que te perseguirão até que pereças.	O Senhor te fará pegar uma peste, que acabará por te eliminar da terra em cuja posse estarás entrando. O Senhor te fará definhar, ter febre, inflamação, ardências, seca, ferrugem e fungo, que te perseguirão até que desapareças.
Deuteronômio 28.27	Que o Senhor te fira com varíola, tumores. Tinha e sarna que não possas curar.	Iahweh te ferirá com úlceras do Egito, com tumores, crostas e sarnas que não poderás curar.	O Senhor te ferirá com furúnculos do Egito e abscessos, eczema e sarna das quais não poderás sarar.
Deuteronômio 28.35	Que o Senhor te fira nos joelhos e nas coxas com chagas que não possas curar, da planta dos pés ao crânio.	Iahweh te ferirá com uma úlcera maligna nos joelhos e nas pernas, de que não poderás sarar, desde a sola dos pés até ao alto da cabeça.	O Senhor te ferirá com furúnculos malignos nos joelhos e nas coxas, e não poderás sarar; tu os terás da planta dos pés ao alto da cabeça.

O livro de Gênesis, em hebraico בראשית (*B'reishit* - "No princípio"), corresponde ao primeiro livro do Pentateuco e conta as origens do mundo e o início da ação de Deus entre os homens. Contém, essencialmente, relatos que dizem respeito aos ancestrais do povo de Israel. Quanto às suas fontes

> Ao contarem as origens do mundo e da humanidade, os autores bíblicos não hesitaram em haurir, direta ou indiretamente, das tradições do antigo Oriente Próximo, em particular da Mesopotâmia, do Egito e da região fenício-cananéia. As descobertas arqueológicas feitas de aproximadamente um século para cá mostram, com efeito, que existem muitos pontos comuns entre as primeiras páginas do *Gênesis* e determinados textos líricos, sapienciais ou litúrgicos da Suméria, da Babilônia, de Tebas ou de Ugarit (TEB, 2020, p. 22).

Todavia, esse livro tem sua importância documental, uma vez que pelas descobertas arqueológicas relativamente recentes, especialmente em Ugarit e Mári, possibilitaram o reconhecimento da complexidade das tradições e sua integração na vida do segundo milênio

antes da era cristã (TEB, 2020). Por fim, encaminhando ao objetivo desse estudo, não foram identificadas descrições de possíveis doenças de cunho infeccioso nesse livro.

O livro do Êxodo, em hebraico סֵפֶר שְׁמוֹת (*Shəmōṯ* - "Nomes"), representa o segundo livro do Pentateuco, por vezes chamado de "Evangelho do AT", anunciando a "boa nova" fundamental da intervenção de Deus na existência de um grupo de pessoas, objetivando a liberdade e a congregação de uma nação santa. Narra a libertação do jugo egípcio, a migração à terra prometida e a aliança entre Deus (Javé) e o povo eleito (hebreus), no monte Sinai, sob a mediação de Moisés (Ex 19).

> Foi este o quadro humano em que Deus interveio para revelar a um povo de migrantes o designío de fazer deles a sua propriedade pessoal, um reino de sacerdotes e uma nação santa (19.5-6). Enfim, é aí que se inicia o congraçamento de todos os homens na aliança do Senhor (TEB, 2020, p. 99).

Nos textos desse livro foram localizadas citações, listadas no **Quadro 4**, que são compatíveis com relato de enfermidades da pele de origem infecciosa, como a lepra. As doenças infectocontagiosas eram fontes de problemas para as comunidades cristãs, assim como para quaisquer outras comunidades e, ainda, o são na atualidade para todos que vivem em regime de agrupamentos sociais, um exemplo no momento é a covid-19. No caso da lepra, há, em acréscimo, os efeitos estéticos da doença sobre o indivíduo, mudando-lhe a aparência de uma forma, inclusive, que pode gerar antipatia e desprezo. A finalização desse livro ocorre "(...) com a construção da Tenda do Encontro (40.16-33), que o Senhor imediatamente legitima, vindo a instalar-se nela na nuvem (40.34-38)" (TEB, 2020, p. 155).

O livro do Levítico compõe o terceiro livro do Pentateuco e recebe este nome por refletir a descrição das atividades dos sacerdotes da tribo de Levi; porém, seu nome original em hebraico é dado por uma só palavra: וַיִּקְרָא, - *Vaicrá*, que quer dizer "e Ele chamou", devido ao fato de os judeus denominarem seus livros sagrados pelo nome com que iniciam seus textos (Cardoso, 2001, p. 18). Nesse livro fica cristalino a descrição, por vezes minuciosa, que Deus transmite a seu povo sobre as suas leis e costumes, por meio dos sacerdotes. Entretanto,

> A leitura do Levítico não é fácil. O estilo é muitas vezes monótono e bastante árido. Encontra-se nele certo número de termos técnicos, cujo valor é importante conhecer. Também é preciso ter consciência de certos traços da mentalidade hebraica e de certas instituições do povo de Israel. Não se deve, por exemplo, imaginar os sacerdotes de Israel à semelhança dos sacerdotes nas Igrejas cristãs de hoje: embora a palavra seja a mesma, ela não designa duas realidades idênticas (TEB, 2020, p. 156).

Por outro lado, Cardoso (2001), em sua investigação científica, depura que esse livro estaria baseado no poder e governo sacerdotais pós-exílicos e, tendo sido feito para remontar a

Aarão e Moisés, a classe sacerdotal teria se valido da legitimação pelo campo do sagrado para justificar plenamente sua função de chefiar e conduzir a vida religiosa, moral e social do povo judeu. Ao ter sido inserido no Pentateuco, logo após o livro do Êxodo, fazia relembrar o novo êxodo, o do exílio na Babilônia, colocando as bases do judaísmo como religião e vida nacionais.

Para esse livro, teceremos maiores discussões no próximo item. Por agora, destacamos que foi possível observar os trechos descritos nos **Quadros 4** e **5** que nos reportam a algumas condições clínicas, como a lepra, a TB, a gonorreia e os furúnculos. Tais patologias são de ocorrência na atualidade e possuem como agentes etiológicos micobactéria e bactérias, respectivamente, imprimindo a condição de infecciosa.

O livro dos Números, em hebraico בְּמִדְבַּר, (*Bəmiḏbar* – "No deserto [de]") constitui o quarto e o mais complexo dos livros do Pentateuco, sendo assim chamado pelos tradutores gregos por causa dos recenseamentos descritos em seus textos. Apresenta a forma de um relato, mas o seu movimento de conjunto com frequência é encoberto pela complexidade dos detalhes. Expressa o quadro idealizado do povo santo e a história muito realista da primeira fase de sua existência. Nesse livro verificamos, apenas, uma citação, que faz menção à peste (**Quadro 5**); todavia, esse termo, no contexto bíblico, pode abranger mais de uma doença.

Finalmente, o livro do Deuteronômio, correspondendo ao quinto e último livro do Pentateuco. Lee (2017) faz um passeio científico contemplando o citado livro e nos esclarece que esse nome foi historicamente usado na tradição cristã, significando "Segunda Lei" (*to deuteronomion touto*) e herdado da tradução grega Septuaginta (LXX), o que parece ter sido um entendimento equivocado do texto de Dt 17.18, que diz "uma cópia da lei". Em hebraico: ספר דברים (*ēlen had^{e} barîm* - "Estas são as Palavras"). Por outro lado, esse livro é bastante conhecido entre os judeus como *mišnêh tôrâ* - "Repetição da Lei", parecendo fazer mais sentido quando se entende o Deuteronômio como uma retomada das leis e, até mesmo, uma reaplicação de leis outorgadas em outros livros do Pentateuco.

Nesse livro, "(...) os acontecimentos históricos não progridem: desde o começo, situam-se além do Jordão, [...] O conteúdo é, contudo, muito mais coerente do que o restante do Pentateuco: apesar de algumas rupturas ou retomadas (...)" (TEB, 2020, p. 263). Na investigação desses escritos, identificamos quatro passagens que nos remetem às doenças de caráter infeccioso e já mencionadas previamente, conforme evidenciado no **Quadro 5**. Entretanto, é nessa parte do AT, além do livro de Levítico, que localizamos referência à TB.

Figueiredo (2009), em seu estudo, faz referência a esse livro, destacando que o capítulo 28 expõe uma série de bênçãos e maldições que incidirão sobre Israel se esse obedecer ou não

às estipulações da Aliança, relembradas por Moisés nos capítulos cinco ao 26. Nos versículos de um a 14 estão descritas as bênçãos, enquanto entre os versículos 15-68 encontram-se as maldições, elencando uma série de desgraças que acontecerão aos que não obedecerem às leis estipuladas, incluindo a seca, a fome e a doença.

A supracitada autora discute a doença e a cura no Pentateuco, sob o olhar dos israelitas e expõe que "(...) a doença é, antes de tudo, uma punição divina pelas transgressões aos preceitos da Aliança. A divindade de Israel (...), aparecem como agentes tanto da doença como da cura" (FIGUEIREDO, 2009, p. 36). Assim, destacamos que em Dt 28.4 (**Quadro 5**) há a descrição de afecção da pele e da atuação dos sacerdotes nessas circunstâncias, evidenciando os papéis de observador e avaliador de quais lesões seriam declaradas impuras e, por conseguinte, a submissão do doente ao isolamento. Figueiredo (2009) contribui com essa assertiva ao afirmar que "O sacerdote, além de não participar do processo de cura, realiza rituais somente após o doente estar totalmente curado. [E continua seu pensamento, reforçando a ideia de um Deus que, tanto permite a doença, quanto a cura] (...) expõem claramente que tanto a doença como a cura provém da divindade de Israel, não havendo necessidade de um agente de cura."

Cardoso (2001, p. 75) confirma o papel dos sacerdotes como apenas uma função de arbitragem em relação às doenças e de alteração do estado de pureza, distanciando-os da medicina. Esta noção de puro-impuro encontra-se tão mesclada com a noção de saúde no conceito bíblico, que judeus não podiam entrar no templo sem antes terem se purificado, ou seja, sem antes terem tomado banho. Em contraponto, Tenney e colaboradores (1988) ressaltam que os sacerdotes do templo exerciam diversas funções médicas, possivelmente relacionadas às purificações. No livro de Levítico há a descrição de sete formas de purificação ritual que tinham significado médico, que tratavam de: pós-parto (12), lepra (13), doença venérea (15.12-15), função sexual masculina (15.16-18), intercurso sexual (15.18), menstruação (15.19-30) e cadáveres (21.1-3). Assim, observamos que os temas saúde, pureza e salvação convergem para o mesmo ponto: o do poder do sagrado legitimando tais condutas.

Quanto à Aliança, Lee (2017) faz uma discussão mais aprofundada com diversos autores sobre o Dt como um tratado de aliança segundo o modelo utilizado entre suserano e vassalo e conclui que "Apesar de todas as diferenças entre esses estudiosos, há alguns aspectos comuns a todos eles. A maior parte deles destaca que há marcas significativas registradas pelas ideias da aliança entre YHWH e o povo de Israel no livro de Deuteronômio, assim como concorda sobre a teologia básica apresentada no livro" (LEE, 2017, p. 45).

Outro ponto importante, no contexto do Pentateuco, é o confronto entre legítimo X ilegítimo no processo de saúde/doença diante de Deus

> (...) a divindade fixa um novo estatuto e lei: proteção contra as doenças que acometiam os egípcios, pois, somente ela, a divindade, é a que cura. Este preceito, portanto, resultará em um sistema dicotômico em relação às providências que se pode tomar em relação a uma doença. Teremos opções legítimas e opções ilegítimas de tratamento. As legítimas incluem oração, música, parteiras, profetas. Dentre as ilegítimas temos a consulta a médico, a feiticeiras ou a outros deuses (FIGUEIREDO, 2009, p. 58).

Nesse sentido, percebemos que a medicina era duplamente suspeita em Israel, pois subtraía a soberania divina sobre a vida e a morte, sendo considerada uma opção ilegítima de tratamento. Ou seja, fazer uso dos serviços médicos era ir contra Deus, afrontá-lo, desobedecê-lo. Cardoso (2001, p. 75) destaca que a doença era um estado de impureza do corpo-alma, cuja origem era bem mais complexa e que o AT, apesar de conter tanto sobre medicina, demonstra claramente um desprezo pelos médicos e por sua arte. Coleman (1991) pontua essa dualidade, destacando, especialmente, a visão negativa do médico à época

> Algumas pessoas apreciavam os médicos e tinham grande respeito por eles. Outras, porém, achavam que eram os piores criminosos da terra. Por isso, os rabis criaram provérbios a respeito dessa classe. Um desses provérbios era o seguinte: "Todos os médicos, até os melhores, mereciam o *geena* (inferno)". Outro dizia: "Não more numa cidade governada por um médico" (COLEMAN, 1991, p. 75).

Para Tenney e colaboradores (1988), os médicos profissionais exerciam suas habilidades nos tempos bíblicos, mas o seu trabalho era grandemente considerado como magia. O AT não menciona o nome de nenhum médico, embora se refira ao trabalho deles (Gn 50.2; Jr 8.22). No livro de Eclesiástico há celebração da sabedoria e perícia dos médicos (38.1-15). No NT, Lucas é mencionado pelo nome como o "médico amado" (Cl 4.14). Quanto às cirurgias descritas, segundo os citados autores, a circuncisão foi o único tipo de cirurgia mencionado na Bíblia, destinada a remoção cerimonial do prepúcio do menino hebreu oito dias após o seu nascimento. Essa prática cirúrgica iniciou por ordem de Deus a Abraão (Gn 17.10-14), inclusive sendo realizada em Jesus ao oitavo dia de vida (Lc 2.21).

Ainda, na visão pessimista da figura do médico, no NT podemos destacar dois versículos que corroboram com essa imagem. Em Mc 5.25-26, há a narrativa de uma mulher que padecia de uma hemorragia havia doze anos e os médicos não tinham conseguido deter o sangramento, tendo sofrido muito nas mãos de vários deles; os quais, além de não a curar, ainda haviam levado todo o seu dinheiro. No outro trecho (Lc 4.23), Jesus citou um provérbio muito popular, relacionado com a classe médica: "Médico, cura-te a ti mesmo". Esse dito era conhecido, não apenas entre os judeus, mas inclusive entre gregos e chineses. De certo, tratava-se de uma

atitude cética de quem se volta para o médico e lhe diz que se seu medicamento é bom, ele deve aplicá-lo primeiro em si mesmo e, assim, talvez, outros se disponham a experimentá-lo.

Por outro lado, alguns médicos chegaram a conquistar o respeito e a afeição do povo. O próprio evangelista Lucas, era conhecido como "o médico amado" (Cl 4.14), conforme citado previamente. Alguns dos antigos chamavam os médicos de "anjos de Deus". Essa construção foi feita ao longo do tempo e dos resultados promissores de seus tratamentos. Assim, pelo fato de serem tidos em alta conta, muitos deles eram convocados para servirem de testemunhas em tribunais, no julgamento de criminosos. Se necessário, eram chamados, também, para presenciar execuções de condenados, verificando se elas estavam sendo feitas da maneira correta (COLEMAN, 1991).

Além dos médicos, inclusive especialistas (psiquiatra, ginecologista, obstetra), havia em Jerusalém e em seus arredores outros profissionais, como os dentistas, e, também, muitos magos e praticante de ocultismo que declaravam desenvolver curas. Para essa sobreposição de atuações já desenvolvemos um debate no capítulo anterior.

3.3 A tuberculose na Bíblia

Ao aprofundar nossa jornada sobre as doenças infecciosas nos textos bíblicos, especificamente no Pentateuco, destacamos a TB para reflexões mais direcionadas, possibilitando, *a posteriori*, confrontar às narrativas de portadores dessa enfermidade na atualidade. Assim, os trechos identificados nesse estudo como possíveis relatos de TB são os de Lv 26.16 e Dt 28.22 (**Quadro 5**). Essas observações corroboram com os achados de Daniel e Daniel (1999) ao afirmarem que duas prováveis referências à TB são encontradas nos livros do AT, datando de uma época em que os israelitas viviam no Egito. O AT descreve que os antigos israelitas viveram entre os egípcios há cerca de 3.700 a 3.300 anos atrás, como relatado inicialmente durante muitas gerações por meio da oralidade e, posteriormente, por escrito há cerca de 3.000 anos atrás. Várias evidências arqueológicas apontam ser essa uma área de prevalência da TB (DANIEL; DANIEL, 1999; MACIEL et al., 2012; DORIA et al., 2017), fortalecendo nossas considerações diante dos achados de descrição da TB em textos bíblicos.

Tanto em Lv 26.16, quanto em Dt 28.22, o Senhor ameaçou seu povo com uma praga. Essa praga foi chamada "consumição" pelas traduções *King James* (1611) e *Revised Standard Versions* (1901). Nessa época, a palavra consumição era comumente usada para se referir à TB.

Consumição deriva do latim *consumptio*, substantivo que significa "desperdiçar" e, por sua vez, deriva de *consumo, consumere*, cujo significado é "usar" (DANIEL; DANIEL, 1999, p. 1557). Assim, fazemos um recorte do trabalho dos citados autores, sob nossa livre tradução:

> A antiga palavra hebraica usada nestas duas passagens é *schachepheth*, que significa uma doença debilitante; continua em uso hebraico moderno como *schachefet*, a palavra para tuberculose. Embora os primeiros papiros médicos egípcios façam alguma referência às doenças órgão-específicas, o conceito de que a tuberculose é uma doença dos pulmões ou outros órgãos específicos não surgiu até a obra do século XVIII de Corvisart, Bayle e Laennec, e nem os autores de Levítico ou Deuteronômio, nem seus tradutores posteriores puderam distinguir de forma confiável tuberculose de outras doenças debilitantes. No entanto, estas duas referências são provavelmente à tuberculose, uma vez que esta doença estava entre as mais comuns doenças debilitantes daquele tempo e os antigos israelitas foram quase certamente expostos a ela durante sua estada no Egito. Essas duas passagens são os únicos dois usos no Antigo Testamento de *schachepheth* (DANIEL; DANIEL, 1999, p. 1557).

Daniel e Daniel (1999)[24] vão além ao referenciar outras possibilidades de TB no AT, mas utilizando outros dois termos em hebraico. Desse modo, faremos alguns comentários sobre esses termos pautados nas descrições dos citados autores; todavia, as passagens citadas nas notas utilizam as traduções desse estudo e não as utilizadas pelos autores em tela. *Razon* aparece duas vezes no AT, referindo-se a uma doença debilitante de forma menos específica, em Sl 106.15[25] e Is 10.16[26], escritos há cerca de 3.000 e 2.700 anos atrás, respectivamente. Qualquer uma dessas passagens poderia se referir à TB, mas o uso da palavra *razon* as torna menos certos. *Maqaq* aparece em Zc 14.12[27], escrito há cerca de 2.500 anos atrás, significando diminuir ou definhar, sendo, portanto, outra possível referência à TB. O termo *maqaq* é usado outras nove vezes no AT, com traduções variáveis para definhar, apodrecer, supurar e desperdiçar. Em nenhum deles, com a possível exceção de Ez 33.10[28], o significado poderia ser interpretado como referência a uma doença humana por definhamento, como a TB. Os autores ainda pontuam que a palavra hebraica moderna *nemek* deriva de *maqaq* e significa necrose. Na

[24] Daniel VS, Daniel TM. Old Testament Biblical References to Tuberculosis**. Clin Infect Dis**. v. 29, n. 6, p. 1557–8, 1999. Disponível em <https://doi.org/10.1086/313562>

[25] "Ele concedeu-lhes seu pedido e mandou-lhes uma fraqueza vital." (Bíblia de Jerusalém, 2016).

[26] "Eis por que o Senhor Iahweh dos Exércitos enviará magreza à sua gordura; em lugar da sua glória lavrará um incêndio como o incêndio provocado por fogo." (Bíblia de Jerusalém, 2016).

[27] 'E esta será a praga com que Iahweh ferirá todos os povos que combateram contra Jerusalém: ele fará apodrecer a sua carne, enquanto estão ainda de pé, os seus olhos apodrecerão em suas órbitas, e a sua língua apodrecerá em sua boca." (Bíblia de Jerusalém, 2016).

[28] "Tu, filho do homem, dize à casa de Israel: Vós afirmais: "As nossas transgressões e os nossos pecados pesam sobre nós. Por eles estamos perecendo. Como poderemos viver?" (Bíblia de Jerusalém, 2016).

literatura médica, o termo necrose tem relação com a TB, uma vez que a evolução da doença produz a chamada necrose caseosa[29], praticamente patognomônico de TB.

Em Lv 26.16, as três traduções utilizadas nesse estudo fizeram uso do termo "definhamento". Mas, em Dt 28.22, há a utilização de dois termos: "tísica" e "definhar". Diante dessas variações, assim como já discutido previamente, convém trazer ao debate estudiosos da Bíblia no intuito de depurar esses termos. Holladay (2010, p. 520) nos esclarece que a palavra hebraica aqui traduzida como tísica é שַׁחֶפֶת, *šaḥepeṯ*, (o som aproximado: Sharréfet – [paroxítona]). Designa uma "doença indefinida". O termo é traduzido como "definhamento" e ocorre apenas em Lv 26.16 e Dt 28.22. Figueiredo (2009) faz uma análise do texto Dt 28.22 e evidenciamos sua conclusão à cerca da TB: "No versículo 22 o termo שַׁחֶפֶת, (*shaḥefet*) que aparece somente neste versículo e em Lv 26:16 refere-se provavelmente à tuberculose, cujo cognato em árabe *suḥāf.*, possui o mesmo significado".

De acordo com o *Dicionário Prático Bilíngue Português-Hebraico – Hebraico-Português* (2018, p. 287-289), no hebraico moderno é a palavra para TB. Francisco (2012, p. 445 e 713) evidencia uma outra tradução para o termo supracitado, que é "consumação". Harris e colaboradores (1998, p. 1546) trazem outra definição do termo, que é "doença definhante". Dinotos (1962, p. 432), em obra que não é tão focada no sentido histórico antigo do termo, a define como "fraqueza, estado de abatimento físico". Por fim, em outra obra erudita com foco na Bíblia, Kirst e colaboradores (1988, p. 248), ao se referirem à TB, usam a seguinte definição "espécie de doença não determinada, geralmente tuberculose".

Após essa exposição inicial, arrematamos, em concordância com os supracitados autores (DINOTOS, 1962; KIRST et al., 1988; DANIEL; DANIEL, 1999; FIGUEIREDO, 2009; HOLLADAY, 2010; FRANCISCO, 2012), que a TB está mais seguramente descrita nas passagens de Lv 26.16 e Dt 28.22. Ambas as citações estão em um contexto de bênção X maldição. Esta estrutura vem dos Tratados de Suserania, datados do segundo milênio antes de Cristo.

Ao discorrer sobre a passagem de Lv 26.16, consideramos tratar-se da doença TB, uma vez que esse texto lista três males e os sintomas da TB estão representados pela febre e definhamento. Essa conclusão converge com a discussão de Radovic e colaboradores (2021, p.

[29] Corresponde a um tipo especial de necrose, que possui alguns agentes causadores, como *Francisella tularensis*, *Histoplasma capsulatum*, *Paracoccidioides brasiliensis* e *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch, agente etiológico da TB), sendo esse último o mais frequente.

211), ao mencionarem a TB na Bíblia e no citado versículo, como uma forma de Deus advertir o povo de Israel e que a enfermidade era considerada um castigo divino enviado àqueles que cometiam atos pecaminosos.

Por outro lado, Walton e colaboradores (2003, p. 144) comentam que as doenças prometidas nessa maldição incluem febre e sintomas que prejudicam a visão e causam perda de apetite. Tudo isso pode ser explicado pelo que os autores chamam de "pavor repentino", relacionando à depressão e angústia causadas pela ira de Deus e pelas invasões do inimigo. Todavia, mesmo que tenham sido descobertos textos com diagnósticos médicos na Mesopotâmia, afirmam ser impossível identificar com precisão as enfermidades aqui. Essa contraposição evidencia falta de consenso entre os estudiosos e a dificuldade de identificar com precisão as moléstias descritas nos textos bíblicos, quer seja por dificuldades na interpretação/tradução, quer por falta de descrições mais apuradas das apresentações clínicas.

A questão da doença como punição divina foi (e ainda o é?) marcante nas civilizações antigas, como por exemplo, a maioria da população grega acreditava que o doente era punido por deuses irados, o que aprofundava o medo predominante nos doentes, mesmo diante das considerações de alguns médicos e filósofos, como Galeno, que acreditavam ser essa uma doença transmitida pelo ar e, nesse caso, deveria separar as pessoas doentes das saudáveis no intuito de impedir a propagação da TB (RADOVIC et al., 2021, p. 211).

As enfermidades têm acometido o homem desde o princípio. Assim, os hebreus acreditavam que a doença era causada pelo pecado individual (Gn 12.17 e Pr 23.29-32), pelo pecado dos pais (2Sm 12.15) ou por sedução de Satanás (Mt 9.34 e Lc 13.16) e que Deus tinha que castigar. Entretanto, nem sempre há uma explicação tão simples que justifique o castigo/doença, conforme Jó 34.19-20 "Só ele não favorece aos príncipes e não estima mais o rico que o pobre, já que todos são obra de suas mãos. Num instante, em plena noite, morrem; o povo se amotina; desaparecem; sem mão que mexa, um poderoso é tirado" (TEB, 2020, p. 1215).

Por outro lado, os hebreus, também, associavam a cura com Deus. Como pode ser visto em Ml 4.2 - quando Malaquias falou do sol da justiça trazendo salvação [cura] nas suas asas - e em Sl 103.3 - quando Davi louvou a Deus como aquele que "sara todas as tuas enfermidades" (TENNEY et al., 1988). Todavia, a semelhança de outros povos, as pessoas adoecidas, naturalmente, procuravam remédio. Provavelmente, os primeiros remédios chegaram aos israelitas por meio dos egípcios, especialmente dos sacerdotes. Nos tempos bíblicos, essas

medicações eram produzidas a partir de substâncias minerais e animais, de ervas, vinhos, frutas e outras partes das plantas.

A Bíblia refere-se com frequência ao emprego medicinal dessas substâncias, destacamos o "bálsamo de Gileade", mencionado como substância curativa (Jr 8.22); a mistura de vinho e mirra para alívio da dor por entorpecer os sentidos (Mc 15.23); as loções suavizantes de óleo de oliva e ervas para a unção dos enfermos (Tg 5.14); a mistura de óleo e vinho para feridas (Lc 10.34). Mateus 23.23 menciona certas especiarias como antiácidos.

O capítulo 28 de Dt evidencia uma estrutura literária de bênção X maldição, estando a enfermidade relacionada a uma bênção correspondente. Figueiredo (2009) evidenciou uma similaridade formal e temática entre as maldições desse capítulo e as dos tratados do Antigo Oriente Médio, como os tratados de Esarhaddon (séc. VII a.C.), inclusive descritas praticamente na mesma ordem de ocorrência para lepra, cegueira, dentre outras. Assim, conclui que Dt 28 e os textos assírios indicam equivalência entre as maldições na Mesopotâmia e em Israel, guardando as devidas adaptações a contextos diferentes. Por outro lado, o citado capítulo apresenta-se bem dividido em duas seções: bênção e maldição, sendo essa ordem de apresentação diversa da dos referidos tratados.

Em corroboração, Walton e colaboradores (2003, p. 208) comentam que as aflições causadas por diversas doenças são uma das maldições encontradas nos tratados assírios, entre suserano e vassalo. No antigo Oriente Próximo, as enfermidades eram sempre encaradas à luz de explicações sobrenaturais de causa e efeito. De modo geral, acreditava-se que eram provocadas por demônios hostis ou deuses irados devido à quebra de algum tabu. Dentre as nominadas "Doenças devastadoras", provavelmente incluíram a TB, que era rara no antigo Israel, mas comum no Egito; bem como, outras doenças caracterizadas por sintomas externos.

Na primeira parte do versículo Dt 28.22, as traduções que ancoram esse estudo (**Quadro 5**) utilizaram os termos: tísica e febre (Bíblia do Peregrino, 2017); tísica, febre e inflamação (Bíblia de Jerusalém, 2016); definhar, febre e inflamação (TEB, 2020). Walton e colaboradores (2003, p. 208) destacam esse versículo ao incluir categorias de doenças cujos sintomas eram febre e inflamações, que são comuns em quadros clínicos de TB. Figueiredo (2009), ao analisar essa passagem bíblica sob o ponto de vista da tradução, pontua que as doenças citadas possuem em comum a relação com o calor e a febre, sendo possível tratar-se de TB.

Diante das colocações apresentadas, bem como as discussões entre os autores, fica marcada a descrição da TB nos textos bíblicos e sua íntima relação com o cenário de bênção X

maldição. Dentro dessa perspectiva, o que esperar dos relatos de portadores de TB, em especial a resistente, na atualidade? Quem está doente, pecou? No momento presente, ao confrontar a medicina moderna, no que concerne à TB, com esse contexto histórico, o que será destacado na visão do ser adoecido? Esse confronto dar-se-á no capítulo cinco.

CAPÍTULO IV – A QUESTÃO DA TUBERCULOSE

Descender dos macacos catarríneos,
Cair doente e passar a vida inteira
Com a boca junto de uma escarradeira,
Pintando o chão de coágulos sanguíneos!
[...] (ANJOS, 2011, p.133).

A TB é a doença mais comum da humanidade e foi descrita por Robert Koch (**Foto 1**) em 1882, rendendo-lhe o Prêmio Nobel de Medicina em 1905. Em seus textos acerca da etiologia da TB, Koch fez a seguinte pontuação (1882, p. 221): *"Se a importância de uma doença para a humanidade é medida a partir do número de fatalidades que são devidas a ela, então a tuberculose deve ser considerada muito mais importante do que os mais temidos doenças infecciosas, peste, cólera..."*. Essa colocação nos remete ao final do século XIX, quando, aproximadamente e de acordo com as estatísticas da época descritas pelo próprio Koch, 1/7 de todos os humanos morreram de TB.

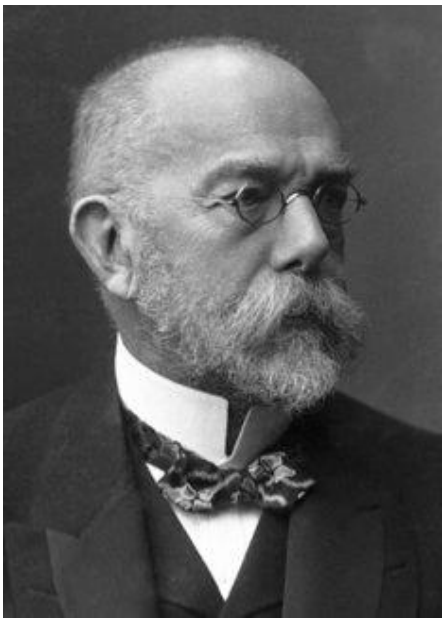


Foto 1: Robert Koch[30].

[30] Fonte: https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1905/koch/biographical/

A TB não tem bandeira, uniforme ou pátria. Acompanha o homem desde a época em que ele passava a condição de bípede. Bertolli Filho (2001, p. 31) nos esclarece que, provavelmente, os primeiros humanoides já padecessem com a tísica, mesmo que a existência de pequenos grupos isolados inibisse a difusão maciça da moléstia. Com a ocorrência da Revolução do Neolítico, os agrupamentos humanos cresceram em número e a domesticação de algumas espécies animais ampliou as possibilidades de contágio. Assim, à medida que as tribos diminuíram seu caráter nômade, criando aglomerados e aldeias, a doença passou a ser mais citada, pois quanto maior o número de pessoas em áreas fechadas, maior a possibilidade de contaminação.

Ao longo do tempo, a TB recebeu várias nomenclaturas, tais como: tísica, pectário, consumpção, febre héctica, fimia, héctica, peste branca, musa branca, velha senhora, doença do peito, mancha no pulmão, mal consuntivo, fraco do pulmão, doença trazida pelos negros, febre das almas sensíveis, dentre outras, até receber a denominação de tuberculose (OLIVEIRA et al., 2019, p. 13; PÔRTO, 2007). Segundo Rosemberg (1999, p. 7), esse termo foi criado em 1839 por Schoenlein, a partir da raiz "tubérculo", nome que foi dado por Sylvios Deleboe, em 1680, ao nódulo lesional identificado à época nos portadores dessa enfermidade.

Lehmann e Neumann, em 1896, comprovaram que os agentes etiológicos da TB e da hanseníase tinham características morfológicas de bacilos e tintoriais de álcool-ácido resistência, agrupando-os como pertencentes ao gênero *Mycobacterium* e estabelecendo as espécies *M. tuberculosis* e *M. leprae*, respectivamente. A denominação do gênero originou-se do latim *mukêsetis*, fungo e *bacterium*, bacilo, pelo fato do *M. tuberculosis* apresentar características semelhantes aos fungos quando cultivado em meio líquido (BRASIL, 2022, p. 67).

Quanto ao agente etiológico, MS (BRASIL, 2019, p. 27), Amaral e colaboradores (2020, p. 41658) e Kozakevich e Silva (2015, p. 37) ajudam-nos a compreendê-lo. A TB pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis* (CMTB): *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*. Todavia e de acordo com publicação mais recente do MS, oficialmente fazem parte do CMTB as espécies: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. bovis* BCG; *M. africanum*, *M. microti*, *M. caprae* e *M. pinnipedii*. A espécie *M. canetti*, descrita inicialmente por George Canetti, em 1969, ainda não foi oficialmente reconhecida como membro do CMTB, assim como *M. mungi*, causador de TB em mangustos (*Mungos mungo*), *M. origys* isolados de búfalos

(*Syncerus caffer*) e *M. suricatta* isolados de suricatos (*Suricata suricatta*) (BRASIL, 2022, p. 69).

Em Saúde Pública, a espécie mais importante é a micobactéria nominada *M. tuberculosis*, conhecida também como bacilo de Koch (BK). Essa micobactéria apresenta-se como aeróbica estrita, fina, ligeiramente curva, medindo entre 0,5 a 3µm, em forma de bastonete, não capsulado, não esporulado, com parede celular rica em lipídios (ácidos micólicos e arabinogalactano), o que lhe confere baixa permeabilidade, reduzindo a efetividade da maioria dos antibióticos e facilitando sua sobrevida nos macrófagos. É um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), pois retém fucsina básica em sua parede celular, mesmo na presença de álcool e ácido.

Por outro lado, em algumas áreas, o *M. bovis* pode ser considerado como agente etiológico, apresentando-se de forma idêntica ao BK, com maior frequência da forma ganglionar e outras extrapulmonares. Essa ocorrência está relacionada ao consumo de leite e derivados não pasteurizados ou não fervidos de rebanho bovino infectado; geralmente, acometendo pessoas que residem em áreas rurais e em profissionais do campo, como por exemplo os veterinários.

À título de conhecimento, pois não fizeram parte do objeto desse estudo, existe, ainda, um outro grupo de micobactérias, as chamadas micobactérias não tuberculosas (MNT), que compreendem diversas espécies como *M. avium*, *M. kansasii*, *M. intracellulare* e *M. abscessos*, com relevância epidemiológica no Brasil e restrita a determinadas populações ou regiões.

Quanto à transmissão, ocorre por via aérea, de uma pessoa com TB pulmonar ou laríngea, que elimina bacilos no ambiente (denominada caso-fonte), a outra pessoa (denominada susceptível), por exalação de aerossóis oriundos da tosse, fala ou espirro. A pergunta que se faz: todo portador de TB transmite a doença? A resposta é não. Explicamos: para ser considerado transmissor, o doente precisa estar bacilífero. Esse termo se refere as pessoas com TB pulmonar ou laríngea que tem a baciloscopia[31] positiva no escarro. Enquanto estiver positiva, denota transmissibilidade. Diante das formas extrapulmonares, sem comprometimento de vias aéreas, a transmissão pessoa a pessoa não ocorre. Já a probabilidade de uma pessoa ser infectada depende de fatores exógenos, dentre eles destacamos: a infectividade do caso-fonte, a duração do contato e o tipo de ambiente partilhado.

[31] A baciloscopia é um exame microscópico direto, que consegue estimar a quantidade de bacilos na amostra. É considerado padrão ouro para o diagnóstico e acompanhamento clínico dos doentes.

Diante da infecção, os bacilos estão presentes em tecidos com hiperoxigenação, como os pulmões. Nessas condições, o micróbio da tísica encontrou um microecossistema favorável à sua sobrevivência, ganhando possibilidade de reprodução em um ambiente, ao mesmo tempo, quente e úmido, arejado e sombrio. Com a proliferação bacilar, há migração dos germes para outras partes do aparelho respiratório, podendo se disseminar por todo o organismo por meio das vias broncogênica, linfática e hematogênica e, outra parte, é expulsa pelas vias aéreas, poluindo o meio ambiente. No prazo de 24 horas, um indivíduo infectado pode expelir até 3,5 milhões de bacilos da TB, muitos deles presentes em gotículas microscópicas, que são eliminadas através da tosse, do espirro ou durante a fala, favorecendo a transmissão.

O risco de progressão para a TB ativa, após a infecção inicial, vai depender de fatores endógenos, especialmente da integridade do sistema imune. A importância de um determinado fator de risco, em Saúde Pública, está na sua associação com a ocorrência da doença e na prevalência desse fator na população avaliada (BRASIL, 2019, p. 29). Assim, o maior risco de adoecimento pela TB descrito é a infecção pelo HIV. Dentre outros fatores conhecidos, destacam-se o tempo decorrido da infecção ao desenvolvimento de TB ativa (maior risco de adoecimento nos primeiros dois anos após exposição), a idade menor que dois anos ou maior que 60 anos e a presença de determinadas condições clínicas (doenças e/ou tratamentos imunossupressores).

Ao instalar-se no organismo humano sadio, o BK permanece inativo por cerca de três dias. A partir deste momento, inicia-se o ciclo de reprodução, com tempo de duplicação entre 18 e 48 horas, média bem superior à de outras variedades microbianas. É considerado um parasita intracelular facultativo, com preferência pela infecção de macrófagos. Também, neste período, é ativado o processo de defesa orgânica, primeiramente como resposta imunitária inespecífica e, logo depois, por meio de reações imunológicas específicas, mediante a ampliação da capacidade de fagocitose das células mobilizadas contra o elemento invasor.

Para Amaral e colaboradores (2020, p. 41658), o acometimento desse microrganismo é multissistêmico, com comprometimento pulmonar em 80% dos casos e, os outros 20%, englobam doenças extrapulmonares, que compreendem: a TB pleural (acomete a pleura[32]), a forma mais comum em pessoas não infectadas pelo HIV; empiema pleural tuberculoso, ocorrendo em virtude do rompimento de uma cavidade tuberculosa para o espaço pleural; TB

[32] A pleura corresponde a membrana que reveste os pulmões, formada pelos folhetos visceral e parietal, com espaço virtual entre ambos, denominado cavidade pleural, onde circula o líquido pleural.

ganglionar periférica, sendo a forma mais frequente de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV); neurotuberculose, acometimento do sistema nervoso central, sendo responsável por 3% dos casos de TB em pacientes não infectados pelo HIV e por até 10% em PVHIV; TB pericárdica e TB óssea. Em cerca de um a 2% dos casos, atinge o sistema ocular. Por outro lado, os bacilos podem permanecer em estado de dormência, sem se dividir, dificultando a erradicação da doença e propiciando, clinicamente, a recidiva de infecções antigas subclínicas.

O quadro clínico apresentado é complexo e variável. Bertolli Filho (2001, p. 30) menciona que esta patologia é "a mais caprichosa de todas as doenças", dado a multiplicidade de sintomas que podem confundir o diagnóstico médico. Na fase inicial, a infecção apresenta-se quase sempre silenciosa ou com manifestações discretíssimas, difíceis de serem detectadas. Nesse ponto, ressaltamos que esse processo inicial pode cessar em virtude da atuação precisa do sistema imunológico, promovendo a cicatrização do ponto infeccioso inicial e evitando a evolução para a doença. Todavia, na dependência de fatores citados anteriormente, a evolução do processo mórbido pode seguir e, geralmente, tende a produzir febre, de caráter vespertino, acompanhada de suores, emagrecimento contínuo e acentuado, dores torácicas, tosse, que pode ser seca ou com expectoração, e, na dependência da extensão do comprometimento pulmonar, pode evoluir com cansaço e dificuldade para respirar. Destacamos a tosse, como sinal e sintoma relevante; pois, qualquer indivíduo que apresente tosse prolongada (superior a 15 dias), deve ser investigado para TB. Por fim, mas não necessariamente ocorrerá, a hemoptise[33] que evidencia um maior envolvimento pulmonar, principalmente quando associada aos demais sintomas.

O diagnóstico definitivo, considerado padrão-ouro, é baseado na detecção do BAAR em exame do escarro do paciente por meio da realização do exame baciloscopia. A leitura e interpretação dos resultados desse exame é padronizado no país, conforme o **Quadro 6**. Fica claro que quanto maior o número de cruz, maior a carga bacilar e, consequentemente, o risco de transmissão. Entretanto, "A OMS recomenda que o TRM-TB[34] seja utilizado como o teste diagnóstico inicial (em vez da baciloscopia e da cultura) em todos os adultos e as crianças com sinais e sintomas de TB" (BRASIL, 2022, p. 394).

[33] Expectoração de sangue proveniente dos pulmões, traqueia e/ou brônquios.
[34] Teste rápido molecular para TB.

Quadro 6 - Leitura e interpretação dos resultados da baciloscopia.

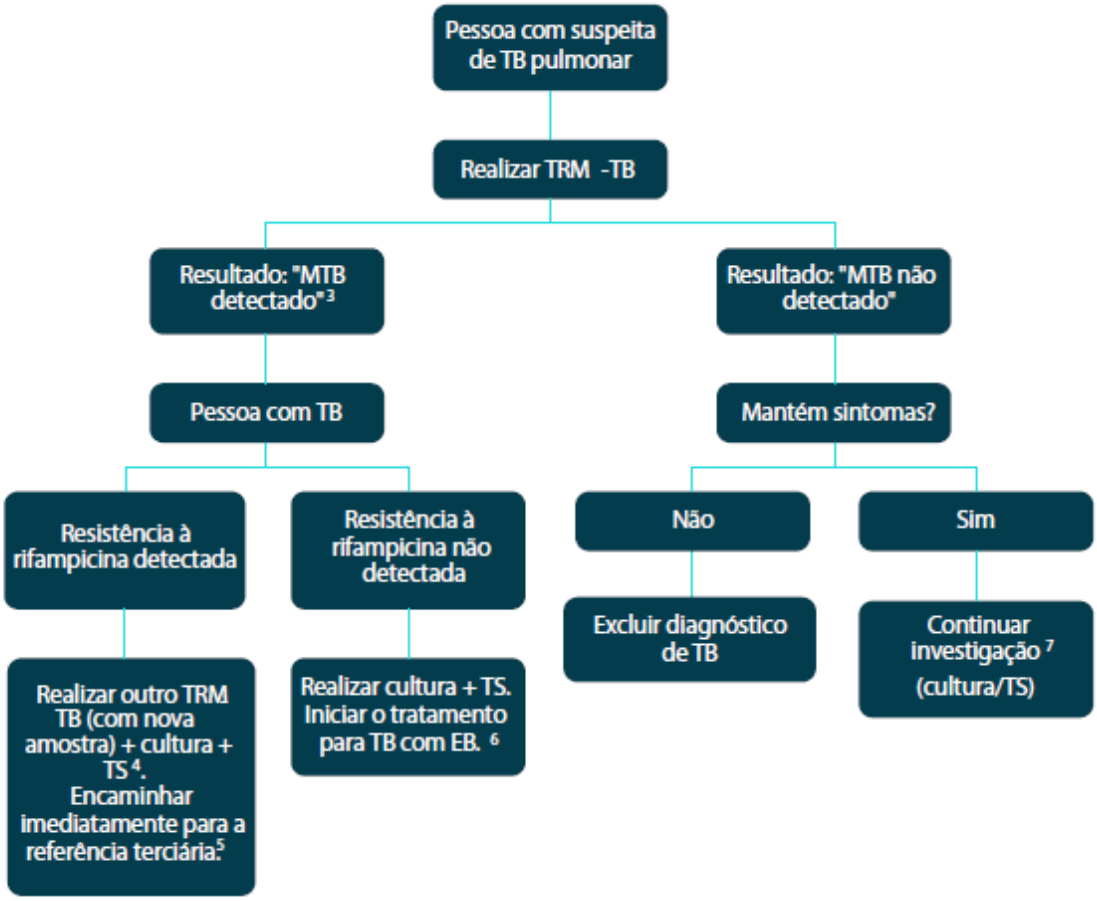
LEITURA	RESULTADO
Não são encontrados BAAR em 100 campos observados	NEGATIVO
1 a 9 BAAR em 100 campos observados	Relata-se a quantidade de bacilos encontrada
10 a 99 BAAR em 100 campos observados	POSITIVO +
1 a 10 BAAR por campo em 50 campos observados	POSITIVO ++
Em média mais de 10 BAAR por campo em 20 campos observados	POSITIVO +++

Fonte: BRASIL, 2019, p. 56.

Existem outros exames que corroboram com o diagnóstico da enfermidade, que são: a radiografia do tórax e a prova tuberculínica. Portanto, os exames iniciais para o rastreio da TB são os três descritos: baciloscopia, radiografia de tórax e a prova tuberculínica. Entretanto, em alguns municípios brasileiros, como João Pessoa/PB, o TRM-TB (GeneXpert®) encontra-se disponível na rede pública de saúde, desde 2015 (BARTHOLOMAY et al., 2019, p. 3), e deve ser utilizado de acordo com algoritmos estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2022, p. 413), conforme **Figura 3**. Ressaltamos que a relevância desse teste está na rapidez de sua execução, aproximadamente duas horas, e o fato de evidenciar a presença ou não de resistência à Rifampicina, considerada droga chave no esquema terapêutico.

O TRM-TB pode ser usado diretamente em amostras de escarro ou a partir do sedimento de preparação para inoculação da amostra em meios de cultura. Além disso, deve ser usada apenas uma amostra de escarro, pois o processamento de múltiplas amostras, apesar de aumentar a sensibilidade do teste, ocasiona um gasto de recursos que pode inviabilizar a utilização ideal do teste como diagnóstico. A baciloscopia e a cultura permanecem como ferramentas essenciais para o monitoramento do tratamento e para a realização do teste de sensibilidades aos fármacos de primeira e segunda linhas. As amostras que podem ser usadas para o diagnóstico da TB pulmonar no TRM-TB são: escarro, escarro induzido, lavados broncoalveolar e gástrico (BRASIL, 2022, p. 394). Em João Pessoa/PB, três serviços de Saúde Pública ofertam esse tipo de exame: o laboratório central do estado (LACEN), o CHCF e a Policlínica Municipal de Mandacaru.

Figura 3 - Algoritmo para o diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes, baseado no TRM-TB.



Fonte: BRASIL, 2022, p. 413.

Por vezes, é necessária a utilização de outros recursos diagnósticos, notadamente os exames de imagem, tais como a tomografia do tórax, a tomografia por emissão de pósitrons (PET-SCAN), a cintilografia pulmonar e a ressonância nuclear magnética. Ainda, há a possibilidade do estudo histopatológico, na dependência da situação clínica, a dosagem da adenosina deaminase (ADA) e outras técnicas biomoleculares.

Por fim, tem-se a cultura para micobactéria, sua identificação e a realização do teste de sensibilidade. Possui elevada sensibilidade e especificidade. Está indicada sua realização diante dos casos de baciloscopia negativa, quando aumenta em 30% a chance do diagnóstico, e nos casos de abandono de tratamento, no intuito de investigar o surgimento de resistência para uma ou mais drogas do esquema terapêutico. Todavia, esse exame tem uma desvantagem importante, que é o tempo até o resultado, variando entre cinco a 12 dias para o método

automatizado, que não está disponível em todo o país, e entre 14 a 30 dias, podendo estender-se até oito semanas, para o método convencional, que está disponível nos serviços públicos de referência ao enfretamento da TB. O resultado da cultura confirma o diagnóstico de micobacteriose, sendo necessária a identificação da espécie para caracterizar se é um caso de TB ou MNT. Os fármacos que inicialmente testados são: estreptomicina, isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida. Porém, se for caso de TB resistente, esse leque de fármacos é ampliado.

Para finalizar essa seção, teceremos alguns comentários, suportados pelas recomendações vigentes no país (BRASIL, 2019) quanto ao tratamento da TB. É preciso entender que a efetividade desse tratamento está correlacionada com algumas especificidades do desenvolvimento do BK, no que concerne ao seu metabolismo e à atuação dos medicamentos. Assim, as medicações utilizadas, geralmente, interferem no sistema enzimático do bacilo ou bloqueiam a síntese de algum metabólito essencial para o seu crescimento. Os fármacos só atuam quando há atividade metabólica, isto quer dizer que os bacilos em estado de latência não são atingidos pelos medicamentos, mas são destruídos pelo sistema imunológico.

Isto posto, levando-se em consideração o comportamento metabólico e a localização do bacilo, o esquema terapêutico anti-TB, para ser mais efetivo, deve atender a três grandes objetivos: ter atividade bactericida precoce, ser capaz de prevenir a emergência de bacilos resistentes e ter atividade esterilizante.

No Brasil, o esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes é composto por quatro fármacos na fase intensiva (ou de ataque), com duração de dois meses, e dois na fase de manutenção, com duração de quatro meses, totalizando seis meses de tratamento. A apresentação farmacológica dos medicamentos, atualmente em uso, para o esquema básico, compreendendo o esquema de primeira linha, é de comprimidos em doses fixas combinadas com a apresentação tipo 4 em 1 (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol - RHZE) ou 2 em 1 (Rifampicina e Isoniazida - RH). O **Quadro 7** resume a distribuição das drogas pelas fases de tratamento, inclusive já distribui a quantidade de comprimidos pelo peso do paciente. Mais adiante retomaremos a discussão do tratamento, em vistas a caracterização da resistência, os possíveis fatores determinantes, passando pelos relatos dos portadores, e a tentativa de qualificar o papel da espiritualidade diante desse contexto.

Quadro 7 - Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos).

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg[1] ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: BRASIL, 2019, p. 107.

4.1 Breve histórico

Nos seus primórdios, a TB atingiu os animais, possivelmente, por uma variante que antecedeu o *M. tuberculosis*, antes de alcançar os humanos e, provavelmente, se disseminou pelo consumo de carne e leite contaminados. Aos poucos, novas linhagens mutantes, de localização pulmonar e melhor transmissão aerógena, associada a uma menor virulência, facilitaram a disseminação do patógeno, que conseguiram firmar-se como parasitas importantes da espécie humana (KOZAKEVICH; SILVA, 2015 p. 35).

À luz dos conhecimentos atuais, baseados em evidências arqueológicas e históricas, Maciel e colaboradores (2012) admitem que os primeiros casos do acometimento humano pela TB, a “peste branca”, tenham ocorrido em múmias egípcias, há mais de 5.000 anos a.C., as quais apresentavam anormalidades típicas do comprometimento vertebral pela TB (o chamado Mal de Pott), além de tecidos contendo o DNA do *M. tuberculosis*. De acordo com esses autores, é provável, no entanto, que os membros do complexo *M. tuberculosis*, incluindo as suas variantes *M. africanum*, *M. canettii* e *M. bovis*, tenham tido um ancestral africano comum há 35.000-15.000 anos. Doria e colaboradores (2017, p. 90) corroboram com as citações

anteriores e acrescentam que o faraó Toutankhamon teria falecido de TB aos 19 anos. Por outro lado, contrapondo os citados autores, Amaral e colaboradores (2020, p. 41657) destacam que evidências da enfermidade já foram encontradas em ossos humanos pré-históricos na Alemanha e há registros datados de 8.000 a.C. Radovic e colaboradores (2021, p. 211) acreditam que o tipo primário desse bacilo tenha se originado há 150 milhões de anos, devido à baixa taxa de mutação das micobactérias, e referem que os primeiros documentos escritos sobre a TB datam da época da antiga Babilônia (por volta de 1.900 a.C.), onde os sintomas da doença eram descritos em artefatos e relíquias, destacando o Código de Hamurabi (texto legal babilônico de 1.754 a.C.) que descreve uma doença pulmonar com características de TB pulmonar.

Amaral e colaboradores (2020, p. 41658) reportam que em várias civilizações antigas, os males, entre eles a TB, por terem causas desconhecidas, eram considerados como "castigo divino". Essa visão, no entanto, foi desmistificada por Hipócrates, na Grécia em XXX a.C., que mostrou que a TB era algo natural e, pelo seu caráter de esgotamento físico, passou a ser denominada de "tísica", do grego *phthisikos*, isto é, que traz consumpção. Bertiolli Filho (2001) faz um relato, enriquecido com detalhes da época, destacando que a medicina romana pouco acrescentou às propostas gregas, acreditando, inclusive, que os latinos distorceram os ensinamentos hipocráticos na tentativa de simplificar o entendimento da doença; pois, entre os romanos, a TB era relativamente comum, conforme citações nos escritos de Plínio, o Jovem, de Galeno e de Areteu da Capadócia, do tempo do imperador romano Nero.

As guerras favoreceram a disseminação da TB pelo mundo, pois os povos aumentavam seus domínios e levavam ou entravam em contato com o bacilo da TB, explicando como a doença foi se espalhando mundo afora, como consequência das conquistas e da miséria que a guerra trazia. A expansão de domínios permitida pelas guerras, como ocorreu com o Império Romano, justifica os relatos de TB entre eles. Nos séculos XIV e XV, os médicos da região que hoje corresponde à Itália, começaram a demonstrar a possibilidade de contágio da TB entre as pessoas e procuraram criar condições de prevenir a doença, ou seja, a partir do isolamento dos doentes e dos seus pertences, na tentativa de evitar a disseminação da doença e as consequentes epidemias.

Muito pouco se sabia sobre a TB desde o final da Idade Média até o início de Renascentismo florentino, por volta do século XVI. Conde et al (2002) relatam que, no século

XVI, um fato histórico interessante que era a cura da TB ganglionar[35] pelo "toque do Rei", indivíduos com esta doença, uma vez por ano, procuravam os reis da França e da Inglaterra para receberem o toque real acompanhado de orações pelos próprios reis ou pelos cardeais que os serviam. Essa crença da cura das escrófulas pelo toque real durou 12 séculos e, em 1825, fez-se o último cerimonial no dia da coroação de Carlos X que tocou 130 escrofulosos trazidos por Dupuitren, célebre cirurgião, amigo de Laennec (ROSEMBERG, 1999). Fato esse que evidencia a proximidade entre medicina e religião. A partir dos séculos XVII e XVIII, surge o estudo da anatomia pela dissecção de cadáveres e autores, como Manget, Morton, Morgani, que identificaram estruturas, principalmente nos pulmões e nas vísceras dos doentes tísicos, com aspecto de tubérculos e a doença passou a ser melhor compreendida, recebendo o seu nome atual - Tuberculose.

Doria e colaboradores (2017) destacaram algumas personalidades que se dedicaram ao estudo da TB e suas contribuições, conforme trecho:

> Girolamo Fracastoro, médico italiano (1478-1553), menciona pela primeira vez em 1546 a possibilidade de existirem germes de contágio, os *seminaria contagiosum*, mas as precauções que se impunham foram contestadas pelos médicos e pela sociedade. Amato Lusitano (1511- 1569), nas "Sete Centúrias", possui várias referências às diferentes manifestações de tuberculose como "febres héticas". Por treze vezes menciona a tosse com hemorragias. [...] Zacuto Lusitano (1557-1642) [...] aconselha o consumo abundante de leite, nomeadamente de burra, e a mudança para locais de ar fresco, como a serra de Palmela, pois em Lisboa e nas localidades populosas, de ar corrompido, verificava-se uma maior incidência da doença. [...] Benjamim Marten (c.1690–1752) alertava-o, em 1720, escrevendo sobre o *contagium vivum fluidum*, com o perigo de transmissão da doença entre duas pessoas que conviviam e conversavam em proximidade. Em 1779, Percival Pott (1714-1788), influente cirurgião inglês descreve pela primeira vez a tuberculose óssea, vertebral – o mal de Pott. Todavia, o conceito de doença hereditária ainda era o dominante e o tratamento da tuberculose pouco avançara, consolidando-se porém a consciência dos benefícios sobre a necessidade de ar puro e fresco, conforme Fonseca Henriques (1665-1731) e Jacob de Castro Sarmento (1691-1731) o reiteraram e, particularmente, António Ribeiro Sanches (1699-1783), no "Tratado da Conservação da Saúde dos Povos", de 1756, todo ele em prol de um ar saudável e da higienização dos aglomerados populacionais, para evitar os contágios e pestilências (DORIA et al., 2017, p. 90).

Outro fato histórico descrito por esses autores (2017, p. 90) refere-se à Infanta Santa Joana (filha de D. Afonso V), que morreu de tísica em 1490 e teria se contaminado com a abadessa do Mosteiro de Jesus, em Aveiro, que sofria de TB.

Em 1750 na Europa Ocidental, a TB chegou a apresentar taxas de 200 a 400 óbitos por 100.000 pessoas por ano. Diante desse cenário, Fernando VI, rei da Espanha, em 1751,

[35] Apresentação extrapulmonar da TB, que ocorre em maior incidência em pessoas portadoras de alguma imunodeficiência e acomete os gânglios linfáticos, especialmente os das cadeias cervicais.

proclama uma lei que obrigava os médicos a informarem às autoridades de saúde todos os casos de TB e, assim que adoeciam, eram afastados da coletividade e, os que faleciam, tinham seus pertences incinerados. O século XVIII corresponde a um momento socioeconômico especial na história da humanidade, uma vez que os trabalhadores passam a vender, não mais o seu trabalho, mas o produto de seu trabalho e começa a generalizar a ideia de troca de trabalho por remuneração.

Este processo alcança o apogeu na segunda metade do século XVIII, com a Revolução Industrial da Inglaterra, cada vez mais os camponeses eram empurrados para os centros urbanos, onde se localizavam as chances de emprego, formando verdadeiros exércitos de trabalhadores em condições aviltantes, sanitárias e alimentares, e a TB passa a surgir de maneira impiedosa nestes locais. Rosemberg (1999, p. 7) corrobora com esse momento histórico, citando a referida revolução, a concentração humana nos maiores centros urbanos, sob condições precárias, sendo "vitimados aos magotes pela TB, cuja mortalidade atingiu a 800 por 100.000, e em Londres, o elevado coeficiente de 1.100 por 100.000".

A partir de 1800, começa uma nova época de entendimento da TB. Conforme já citado, em 1882, Roberto Koch descobre o agente causador (bacilo da tuberculose ou BK). Em 1885, Roentgten descobre a radiografia, facilitando o diagnóstico e o acompanhamento da doença. Nesse período, o tratamento consistia em: isolamento em sanatórios, repouso em clima de montanha, boa alimentação, medicamentos à base de quinino, creosoto, enxofre, cálcio, ouro, bismuto etc.

Nas conquistas territoriais, das colonizações, onde o homem civilizado chegou, levou também o BK, contaminando os nativos, os quais, sem defesas imunitárias, tiveram grandes contingentes dizimados. Rosemberg (1999) descreveu episódios semelhantes na colonização dos países da África, América, Ásia e Polinésia, onde a doença se difundiu para estes locais. Ainda, relata que "Webb desenvolveu a tese de que 'ante a terrível mortandade provocada pela tuberculose nessas populações expostas, essa doença foi um dos pontos cardeais, como maior aliado dos civilizados nas conquistas dos povos aborígenes'" (ROSEMBERG, 1999, p. 7).

Na América do Sul, achados arqueológicos apontam para a presença de TB pulmonar em uma múmia peruana que morreu há 1.100 anos a.C., da qual foram extraídos e estudados fragmentos de tecido, detectando-se sequências compatíveis com o DNA do *M. tuberculosis*. Admite-se que esta seja a primeira confirmação diagnóstica acerca da existência de TB na era pré-colombiana no continente americano (ROSEMBERG, 1999, p. 6). Em acréscimo, Corthals

e colaboradores (2012) relataram a possibilidade da TB anteriormente a colonização dos europeus no território ao avaliarem, por meio de material genético, uma múmia inca de 500 anos de idade, identificada próximo a um vulcão na Argentina, e constatarem a presença de bactérias do gênero *Mycobacterium*, causadora da TB.

Em se tratando do Brasil, referenciamos o trabalho de Maciel e colaboradores (2012), pois fazem uma explanação sobre a história da TB no Brasil. De acordo com esses autores, quando a colonização dos portugueses aconteceu, jesuítas e colonos infectados pela "peste branca" teriam vindo, também. Assim, a TB teria chegado ao país, causando danos aos nativos em virtude do contato entre esses povos. As cartas enviadas por Inácio de Loyola (1555) e José de Anchieta (1583), destinadas ao reino de Portugal, são consideradas documentos históricos e destacamos os seguintes registros: "os índios adoecem na maior parte com escarro, tosse e febre, muitos cuspindo sangue e a maioria morrendo com deserção das aldeias". O sacerdote jesuíta português Manuel da Nóbrega foi o chefe da primeira missão jesuíta à América e sua morte ocorreu no Rio de Janeiro, em 18 de outubro de 1570, com hemoptise, conforme descrição:

> "(...) a mim me devem já ter morto, porque no presente fico deitando muito sangue pela boca. O médico de cá ora diz que é veia quebrada ora que pode ser da cabeça. Seja de onde for, eu o que mais sinto é ver-me a febre ir gastando pouco a pouco (...)" (SERAFIM LEITE, 1940, p. 70).

Isto posto, é possível concluir que a TB assumiu a condição de epidemia na população indígena, inclusive a existente no Brasil, somente a partir da colonização europeia, determinando consequências econômicas e sociais para a sociedade brasileira até os dias atuais. O impacto da TB no Brasil, bem como a história das políticas de controle por parte do Estado, possui características próprias de acordo com determinado contexto político, social e científico vigente.

Durante o Brasil Império, aproximadamente em 1855, o Dr. Francisco de Paula Cândido, que era o presidente da Junta Central de Higiene do Império, percebendo a importância da TB em vistas ao aumento do número de casos, obteve aprovação no Parlamento para a adoção de medidas sanitárias para o controle dessa doença. Neste contexto e a partir de 1870, diversas leis para assuntos habitacionais e questões sanitárias foram instituídas. Todavia, a epidemia de TB no Brasil tornou-se uma realidade na maior parte das cidades, sendo denominada "a praga dos pobres", dada sua íntima relação com moradias insalubres, tanto pelo

tamanho, quanto pela quantidade excessiva de pessoas por metro quadrado, com higiene precária e alimentação deficiente.

Há que se destacar o cenário da época no país, onde a atenção à saúde era deficiente e as questões relacionadas à higiene e à urbanização ficavam, em grande parte, a cargo das autoridades locais. Em acréscimo, a Saúde Pública brasileira era gerida em harmonia com os interesses econômicos e políticos da elite. Ou seja, as práticas sanitárias visavam controlar doenças que pudessem interferir diretamente com o crescimento econômico. Portanto, a repercussão social destes fatos seria observada no final do século XIX e início do século XX, quando a TB passou a ser considerada a principal causa de morte na cidade do Rio de Janeiro.

Maciel e colaboradores (2012, p. 227) evidenciaram que, no âmbito assistencial, as Santas Casas de Misericórdia tiveram um papel pioneiro e solidário no atendimento dos portadores de TB, desde o período do Brasil Colônia até a criação dos sanatórios e dos dispensários a partir do ano de 1920. Esses serviços atuavam baseados em uma concepção humanitária de assistência, desempenhando o papel de amparar os pobres, ofertando-lhes alimentação e descanso.

A TB é uma doença representada e estudada de maneiras diversas e até ambígua em diferentes momentos da história. Rosemberg (1999, p. 7-8) nos traz o relato, inclusive quantificado em enciclopédias, de portadores de TB célebres, que contabilizam: 16 reis e imperadores, duas rainhas, 53 com titulagem de nobreza, 101 escritores, 110 poetas, 40 cientistas, oito filósofos, 16 músicos, nove pintores e nove santos católicos. Contudo, não os nomina e destaca que grande número desses tísicos teve laringite, como complicação do processo pulmonar, e muitos deles teriam morrido sufocados. Assim, esse pequeno grupo de 364 tísicos marcaram a TB à história cultural das manifestações criativas e à dramaticidade da doença.

Por outro lado, até meados do século XX, quando a eficácia do tratamento quimioterápico ainda não era uma realidade, a doença gerou diversos sentimentos relacionados à sua recuperação. Por se tratar de uma doença mortal à época, era vista como o resultado inevitável de uma vida dedicada aos excessos e, desse modo, não estava de acordo com os padrões socialmente aceitos. Pôrto (2007) fez um estudo sobre a representação social da TB e destacou o lado romântico da doença. Pois, em meados do século XIX, aqueles que sofriam de TB tinham uma aura de excepcionalidade que os colocava em uma posição de certo refinamento aos olhos de seus contemporâneos e, assim, a TB adquiriu um conceito que pertencia a uma

sensibilidade marcadamente romântica, que estava se espalhando, especialmente entre intelectuais e artistas.

Desse modo, a doença emerge para poetas como um atributo, tornando-os interessantes e muitos começaram a desejar esse adoecimento. Elias Neto (2016) afirma que quatro dos mais significativos poetas românticos brasileiros pagaram tributo à TB: Gonçalves Dias, Álvares de Azevedo, Casimiro de Abreu e Castro Alves. Dentre esses, ressaltamos Casimiro de Abreu, o poeta do "Amor e medo", que chegou a dizer que "queria a tísica com todas as suas peripécias, queria ir definhando liricamente, soltando sempre os últimos cantos da vida e depois expirar no meio de perfumes debaixo do céu azulado da Itália, ou no meio dessa natureza sublime que rodeia o Queimado". E assim foi... A TB arrebatou-lhe a vida aos 23 anos de idade.

Doria e colaboradores (2017) citam alguns poemas e poetas relacionados com a TB. Destes, recortamos o poema de Manuel Bandeira (1886-1968):

> Poema Final
> Febre, hemoptise, dispneia e suores noturnos,
> A vida inteira que poderia ter sido e não foi.
> Tosse, tosse, tosse.
> Mandou chamar o médico.
> Diga trinta e três. Trinta e três... trinta e três... trinta e três...
> Respire
> O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo
> E o pulmão direito infiltrado.
> Então doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
> Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino
> (DORIA et al., 2017, p. 94).

A partir do século XX, ocorre o declínio dessa associação - TB e criação artística. Maciel e colaboradores (2012, p. 228) pontuam que, nesse período, a doença passa a ser identificada, mais claramente, como um preocupante problema de Saúde Pública, em virtude da persistência e propagação, em especial nas populações desfavorecidas. Esse novo cenário conduziu a mudança de concepção sobre a enfermidade, passando de "mal romântico" para "mal social" e, essa mudança, acabou convergindo à estigmatização social do portador da TB, a qual se perpetua, em grau distinto, até os dias atuais.

Hijjar e colaboradores (2007) fizeram um estudo retrospectivo do controle da TB no Brasil. Destacamos que, inicialmente, as ações partiram do âmbito médico e da sociedade civil. As primeiras instituições foram criadas em 1899, compreendendo a Liga Brasileira Contra a TB (atual Fundação Ataulpho de Paiva), no Rio de Janeiro, e a Liga Paulista Contra a TB, em São Paulo. Oswaldo Cruz, em 1907, então Diretor Geral de Saúde Pública, foi o primeiro a tentar envolver o poder público nessa luta, com proposta de implantar amplas medidas profiláticas no Regulamento Sanitário e instituir sanatórios e hospitais. Todavia, essa proposta não se concretizou. Pela importância no cenário nacional, vale a pena comentar que Oswaldo Gonçalves Cruz foi um médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitarista brasileiro. Considerado pioneiro nos estudos das moléstias tropicais e da medicina experimental no país, fundando em 1900 o Instituto Soroterápico Federal no Rio de Janeiro. Posteriormente, foi transformado em Instituto Oswaldo Cruz e, atualmente, corresponde a Fundação Oswaldo Cruz, reverenciada internacionalmente.

Ao retornar à trajetória sanitária no Brasil, ressaltamos que, em 1920, com a Reforma Carlos Chagas, que deu origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública, o Estado passou a estar mais presente na luta contra a doença, criando a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, sediada no Rio de Janeiro. Na década de 1930, surgiram avanços no combate à doença, como a composição da vacina BCG, a baciloscopia, a abreugrafia[36], o pneumotórax e outras cirurgias torácicas. Até a década de 40, o tratamento da TB era, basicamente, repouso e boa alimentação nos sanatórios. Em função do conhecimento mais amplo da doença, o fator clima na sua cura passou a ser questionado.

Em 1940, com a Reforma Barros Barreto, vários aspectos da administração sanitária foram enfatizados, surgindo o Serviço Nacional de TB (SNT) e a criação da Campanha Nacional Contra a TB (CNCT), em 1946, que objetivava: atuar em 66 municípios onde ocorriam 80% dos óbitos; isolar 22.000 focos com a operação, em três anos, de 14.186 leitos hospitalares; criar um modelo de sanatório popular; instalar um dispensário por 100 a 120.000 habitantes; promover a preparação de pessoal; incrementar a vacinação BCG; promover o desenvolvimento científico e tecnológico. Nessa década, também, começaram a surgir os antibióticos e os quimioterápicos realmente eficazes no tratamento da TB, que foram: a

[36] Metodologia em desuso na atualidade, consistia em fixar em chapa fotográfica de dimensão reduzida a imagem obtida por radioscopia.

Estreptomicina e o Ácido Paraminossalicílico (PAS). Também, começaram a surgir os casos de resistência às medicações utilizadas, o que se ampliou com o passar dos anos.

Na década de 60, há registros significativos, como a obrigatoriedade da vacinação BCG, a inclusão da TB como doença de notificação compulsória, a garantia da gratuidade dos meios de prevenção, diagnóstico e tratamento. Assim, foram padronizados os esquemas terapêuticos em todo país, em 1964, pelo CNCT, usando três antibióticos ao mesmo tempo (Estreptomicina, Isoniazida e PAS), conseguindo curar 95% dos doentes que faziam o tratamento de forma correta. Entretanto, o problema da resistência era alarmante, conduzindo a CNCT a rever essa padronização, instituindo o esquema RHP em 1979 para o RHP. (MACIEL et al., 2012, p.229).

Com a descoberta da quimioterapia antibiótica específica na década de 1940 e a comprovação de sua eficácia ao longo das décadas de 1950 e 1960, o tratamento passou a ser ambulatorial sem a necessidade de internação, o que culminou na desativação dos sanatórios. O advento do tratamento com antibióticos, unido a medidas de profilaxia e simplificação do diagnóstico, ocasionou uma redução significativa no índice de mortalidade pela doença.

Nos anos de 1970 evidenciaram-se o desenvolvimento e a introdução de esquema de curta duração, destacando-se a ação da Rifampicina, que está presente no esquema inicial do tratamento atualmente. O Brasil destacou-se no cenário mundial e implantou o Programa Nacional de Controle de TB (PNCT), com suas atividades descentralizadas para os estados e alguns municípios.

A seguir, elencamos algumas ações desenvolvidas pelo MS até os dias atuais. Em 1996, lançamento do Plano Emergencial para Controle da TB pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Em 1999, o citado plano une-se ao PNCT e recomenda a implantação da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS - "*Directly Observed Treatment of Short Term*") para o controle da TB. Essa estratégia englobou cinco elementos: compromisso político com a implementação e a sustentabilidade do programa de controle da TB; detecção de casos, por meio de baciloscopia de escarro, entre sintomáticos respiratórios da demanda dos serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração diretamente observado e monitorado quanto à sua evolução; provisão regular de medicamentos tuberculostáticos; e sistema de informação que permita avaliar a detecção de casos, o resultado do tratamento de casos individuais e o desempenho do programa. Contudo, essa estratégia, atualmente, foi reformulada, com a descentralização das

ações ao nível da atenção primária, no intuito de ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença.

De acordo com a linha temporal de estratégias desenvolvidas no país relacionadas à TB e que estão descritas no Plano Nacional pelo Fim da TB (BRASIL, 2021), após o PNCT em 1999, destacamos: em 2003 - inclusão da TB na agenda de prioridades das políticas públicas e a criação da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (Rede-TB); em 2004 - criação da Parceria Brasileira Contra a TB, grupo formado por representantes do governo, sociedade civil, academia e outros parceiros; em 2006 - lançamentos do Plano Estratégico para o controle da TB no período de 2007-2015 e do Pacto pela Vida, que inclui fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias; em 2007 - inicia o Projeto Fundo Global TB no Brasil e constitui Comitês Metropolitanos de Controle da TB; em 2011 - por meio da Resolução nº. 444, o Conselho Nacional de Saúde reafirma a priorização da TB e enfatiza a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais para o controle da doença; em 2012 - finalização do Projeto Fundo Global TB no Brasil, criação da Frente Parlamentar de Luta contra a TB e estabelecimento da Rede Brasileira de Comitês Estaduais para o Controle da TB; em 2013 - lançamento do relatório da subcomissão especial sobre doenças determinadas pela pobreza, com ênfase na TB, da Câmara dos Deputados; em 2015 - publicação do livro *Direitos Humanos, Cidadania e Tuberculose na perspectiva da legislação brasileira*; em 2017 - lançamento do Plano Nacional pelo Fim da TB e criação do Comitê Comunitário de Acompanhamento de Pesquisas em TB; em 2018 - estabelecimento das recomendações sobre o controle da TB para pessoas privadas de liberdade, por meio da Resolução nº. 3 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária; em 2019 - assinatura da Instrução Operacional Conjunta nº. 1 entre a Secretaria Nacional de Assistência Social (SUAS), o Ministério da Cidadania e a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, com orientações acerca da atuação do SUAS em articulação com o SUS no enfrentamento da TB, citação da TB em recomendações sobre a estrutura de políticas e equidade no contexto de outras condições crônicas transmissíveis e aspecto relacionados à vulnerabilidade social no relatório final da 16ª. Conferência Nacional de Saúde e criação da Articulação Social Brasileira para o enfrentamento da TB; em 2020 - estabelecimento das diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, incluindo ações de controle da TB, por meio da Resolução nº. 40 do Conselho Nacional de Direitos Humanos e criação da Rede Brasileira de Enfermagem por um Brasil Livre de TB.

Oliveira e colaboradores (2019, p. 14) pontuam que o Brasil integra o grupo dos 30 países com alta carga de TB com prioridade pela OMS, pois acumulam 80% dos casos de TB no mundo. Reforçam que uma nova estratégia global para o enfrentamento da TB foi aprovada em 2014, durante a Assembleia Mundial de Saúde, na OMS, com proposta de que até 2035 o mundo esteja livre da TB. No Brasil, desde 2003, a doença é considerada prioridade pelo MS, quando a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da TB lançou, em 2017, o Plano Nacional pelo Fim da TB como Problema de Saúde Pública. Nesse programa, o MS estabeleceu metas globais de redução do coeficiente de incidência para menos de 10 casos novos por cada 100 mil habitantes, e do coeficiente de mortalidade para menos de um óbito por cada 100 mil habitantes até 2035 (OLIVEIRA et al., 2019, p. 14).

Finalmente, a evolução científica conduziu as nações desenvolvidas a acreditar que, no fim do século XX, a TB estaria senão erradicada, pelo menos confinada, aos países pobres. Mas, a partir dos anos 1990, apesar da crença de que a doença estava controlada, observou-se em várias regiões do mundo um crescimento de casos, principalmente associados à infecção pelo HIV/Aids e aos intensos movimentos migratórios. Até hoje, ainda existem mitos e desconhecimento sobre a doença e precisamos desmistificar um pouco sobre esta "velha senhora".

4.2 A tuberculose do contexto mundial ao local

A TB continua sendo um importante problema de Saúde Pública mundial, responsável por uma das 10 principais causas de morte em todo o mundo e a principal causa de morte por um único agente infeccioso, inclusive superando a classificação de HIV/Aids. Estima-se que em 2019, no mundo, cerca de dez milhões de pessoas desenvolveram TB e 1,4 milhão morreram devido à doença (BRASIL, 2021, p. 11; WHO, 2020, p. 1).

Dados da WHO (2020) apontam que a TB pode afetar qualquer pessoa, em qualquer lugar, mas a maioria das pessoas que desenvolveram a doença, aproximadamente 90%, foram adultos. Algumas características da TB se repetem, como a predominância dos casos entre os homens e, daqueles que adoeceram em 2019, 87% estavam em 30 países com alta carga da doença. Esse item chama a atenção em vistas ao aumento do número de países com elevadas

taxas da doença; pois, em relatórios anteriores da própria OMS, essa lista evidenciava 22 países. Como destaque no relatório atual, apontamos que cerca de um quarto da população mundial está infectada com o *M. tuberculosis* ou BK.

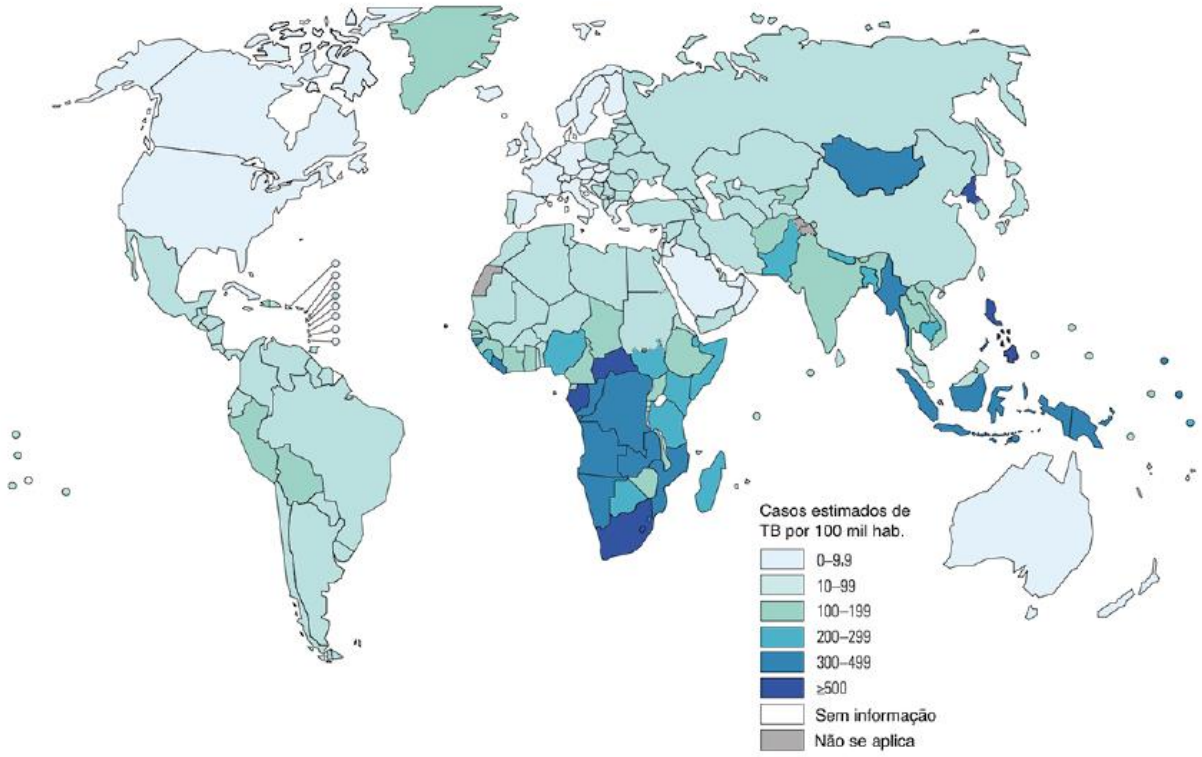
Em contrapartida, estamos diante de uma patologia curável e evitável. A maioria das pessoas, aproximadamente 85%, que desenvolveram TB puderam ser tratados com sucesso por meio do tratamento específico, composto por quatro drogas, durante um período de seis meses. O tratamento adequado proporciona um benefício adicional ao reduzir a transmissão progressiva da infecção. Desde 2000, esse tratamento evitou mais de 60 milhões de mortes; embora, com acesso ainda aquém da cobertura universal de saúde, muitos milhões de pessoas perderam o diagnóstico e os cuidados necessários (WHO, 2020, p. 1). Porém, persiste de forma desafiadora, contribuindo para manutenção do quadro de desigualdade e exclusão social em diversos países. É uma das enfermidades mais prevalentes entre as pessoas em situação de pobreza no mundo, com elevada carga em termos de mortalidade, juntamente com o HIV/Aids e a malária (BRASIL, 2019, p. 40).

A distribuição do número de casos ocorre de forma desigual no mundo, concentrando-se nos grupos sociais desfavorecidos tais como pessoas em situação de pobreza e fome; pessoas privadas de liberdade; minorias étnicas (como os indígenas no Brasil) e aquelas vivendo com HIV/Aids. A TB, além de decorrente, é também perpetuadora da pobreza, pois compromete a saúde dos indivíduos e suas famílias causando impactos econômicos e sociais (BRASIL, 2019, p. 40).

Estudos tem sugerido que o adoecimento por TB resulta da relação entre determinantes provenientes de três diferentes níveis: a comunidade, o ambiente domiciliar e características individuais (BOCCIA et al., 2011). Deste modo, os padrões de vida em uma comunidade conformam a posição socioeconômica domiciliar, que, por sua vez, influencia nas oportunidades individuais em termos de educação, ocupação, qualidade da habitação e interações sociais. Assim, a TB se destaca como uma enfermidade relacionada a pobreza e crise econômica, a vulnerabilidade e a marginalização; bem como, os seus portadores frequentemente enfrentam estigma e discriminação, que podem ter reflexos na adesão ao tratamento. Diante desse panorama, sobressai a importância de ações multissetoriais para abordar os determinantes da TB, como pobreza, subnutrição, infecção por HIV, diabetes e tabagismo, no intuito de reduzir as infecções, os adoecimentos e, especialmente, as mortes.

A nível mundial, de acordo com o relatório da WHO (2020), geograficamente, a maioria das pessoas que desenvolveram TB em 2019 estavam nas regiões do Sudeste Asiático (44%), África (25%) e Pacífico Ocidental (18%), com percentuais menores no Mediterrâneo Oriental (8,2%), nas Américas (2,9%) e Europa (2,5%). Oito países contabilizaram dois terços do total global: Índia (26%), Indonésia (8,5%), China (8,4%), Filipinas (6,0%), Paquistão (5,7%), Nigéria (4,4%), Bangladesh (3,6%) e África do Sul (3,6%). Em publicação recente, o MS (BRASIL, 2021), baseado em dados fornecidos pelo OMS, relatou que sete países foram responsáveis por 60% dos novos casos de TB em 2019: Índia, Indonésia, China, Filipinas, Paquistão, África do Sul e Nigéria. Os outros 22 países, da lista de 30 países da OMS com alta carga de TB, foram responsáveis por 21% do total. A taxa de incidência de TB varia de menor que cinco a maior que 500 casos novos e de recidiva por 100.000 habitantes por ano. Em 2019, 54 países tiveram uma baixa incidência de TB (<10 casos por 100.000 habitantes por ano), principalmente nas Américas e Europa, além de alguns países do Mediterrâneo Oriental e regiões do Pacífico Ocidental.

Figura 4 - Estimativa do coeficiente de incidência de TB no mundo em 2019.



Fonte: BRASIL, 2021, p. 16.

Globalmente, a taxa de incidência de TB (**Figura 4**) está caindo, mas não rapidamente o suficiente para atingir a marca proposta para 2020[37], que seria de uma redução de 20% entre 2015 e 2020. A redução cumulativa de 2015 a 2019 foi de 9% (de 142 a 130 novos casos por 100.000 habitantes), incluindo uma redução de 2,3% entre 2018 e 2019. Mais positivamente, a Europa quase atingiu a citada marca, com redução de 19% nessa taxa entre 2015 e 2019, e a África apresentou um bom progresso, com uma redução de 16%.

Um total de 78 países estão no caminho certo para alcançar essa meta, incluindo sete países com alta carga de TB, que são: Camboja, Etiópia, Quênia, Namíbia, Federação Russa[38], África do Sul e República Unida da Tanzânia. Outros três países, também com altas cargas de TB, estão em vias de fazê-lo, são: Lesoto, Mianmar e Zimbábue.

O número anual de mortes por TB está caindo mundialmente, mas de forma lentificada, o que não atingirá a marca proposta para 2020, que seria uma redução de 35% entre 2015 e 2020, visto que a redução acumulada entre 2015 e 2019 foi o tímido valor de 14%, ou seja, menos que a metade da cifra proposta (35%). Entretanto, a Europa está próxima de atingir essa meta; pois, entre 2015 e 2019, conseguiu reduzir em 31% as mortes por TB. Na África, também, percebe-se um bom progresso, com uma redução de 19%. Por fim, a OMS (WHO, 2020) sinaliza que um total de 46 países estão no caminho certo para atingir a referida estratégia, incluindo sete países com alta carga de TB: Bangladesh, Quênia, Moçambique, Mianmar, Federação Russa, Serra Leoa e o República Unida da Tanzânia.

O atual relatório (WHO, 2020) evidencia atrasos no progresso em relação ao que é necessário para alcançar as metas globais em cinco anos (2018-2022), que foram definidas em reunião com a ONU sobre TB. Dentre as metas, destacamos: 14,1 milhões de pessoas foram tratadas em 2018 e 2019, o que corresponde a 35% da meta; 6,3 milhões de pessoas iniciaram tratamento preventivo de TB em 2018 e 2019, correspondendo a 21% da meta; o financiamento para prevenção, diagnóstico, tratamento e atendimento foi de US$ 6,5 bilhões em 2020, 50% da meta de pelo menos US$ 13 bilhões por ano até 2022; e o financiamento para pesquisa de TB foi de US$ 906 milhões em 2018, menos da metade da meta de US$ 2 bilhões por ano.

Quanto ao progresso das submetas para o tratamento da TB em cinco anos (2018-2022), em 2018 e 2019 foram mais lentos do que o progresso geral. Evidenciamos, de acordo com o

[37] Estratégia para acabar com a TB até 2020, proposta lançada pela OMS.
[38] Para esse país, registramos preocupação em vistas à possibilidade do aumento no número de casos em decorrência do atual momento de guerra com a Ucrânia.

citado relatório: 1,04 milhão de crianças foram tratadas para TB, 30% da meta de 3,5 milhões; 333.304 pessoas foram tratadas para TB resistente à rifampicina (RR) e/ou multidroga resistente (MDR), 22% da meta de 1,5 milhão; 8.986 crianças foram tratadas para TBRR e/ou TBMDR, 8% da meta de 115.000; para o tratamento preventivo da TB, especialmente para PVHIV, está a caminho de ser alcançado antes do cronograma em 2020, enquanto o progresso em direção às metas para contatos domiciliares de pessoas com TB está muito aquém do que é preciso. Ou seja, em 2018 e 2019, os números fornecidos com o tratamento preventivo de TB foram: 5,3 milhões de PVHIV, 88% da meta de 6,0 milhões; 782.952 crianças menores de cinco anos, contactantes de familiares com TB, 20% da meta de 4 milhões; 179.051 pessoas maiores de 60 anos, contactantes intradomiciliares de pessoas com TB, <1% da meta de 20 milhões.

Um ponto que chama atenção, comentado no relatório da OMS (WHO, 2020, p. xv), refere-se a uma pesquisa de custos, enfrentados pelos pacientes com TB e suas famílias, que vem sendo realizada pela instituição. Nesse estudo, desde 2015, um total de 17 países, sendo 10 com carga elevada de TB, concluíram a pesquisa. Os resultados iniciais apontam que 49% desses doentes e suas famílias enfrentaram custos catastróficos com o tratamento, pois ultrapassaram >20% da renda familiar anual, com variações de 19-83% entre esses países. Para pessoas com TB resistente, o número foi ainda mais alto, em média 80%, variando de 67-100% entre os países participantes do estudo. Diante desse cenário, percebe-se a importância de ações necessárias que visem reduzir o número de casos no mundo, melhorar o acesso e a manutenção e ampliação da gratuidade desse tratamento, especialmente aos países mais pobres. Após extensa pesquisa nessa temática, pontuamos que existe um esforço mundial, amparados pelas orientações da OMS, para reduzir os números de infectados, diagnosticar o mais precocemente possível, fornecer tratamento preventivo, tratar o máximo de enfermos e reduzir óbitos.

Quanto ao tratamento, no contexto global, há que se destacar, que dos 30 países com alta carga de TB, os que apresentaram altos níveis de cobertura de tratamento em 2019 (> 80%) foram: Brasil, China, Federação Russa e Tailândia. Por outro lado e infelizmente, os que apresentaram os níveis mais baixos, com melhores estimativas de 50% ou menos, foram: República Centro-Africana e Nigéria (WHO, 2020).

O surgimento do HIV trouxe um incremento e reforçou a manutenção da TB pelo mundo. Diante da coinfecção TB/HIV, a OMS recomenda a terapia antirretroviral (TARV) para todos os pacientes coinfectados o mais rápido possível, priorizando o tratamento da TB e, dentro das duas semanas seguintes, o acréscimo da TARV. Os dados da OMS (WHO, 2020) apontam

que o número de coinfectados em uso de TARV atingiram 398.719 em 2019, equivalente a 88% dos pacientes notificados com as duas patologias: TB e HIV positivos. Nos 30 países com alta carga de TB/HIV, no geral, 89% dos pacientes estavam em uso de TARV; doze países (Botswana, Camarões, Eswatini, Etiópia, Quênia, Lesoto, Malaui, Moçambique, Namíbia, Uganda, República Unida da Tanzânia e Zâmbia) mantiveram cobertura de pelo menos 90% nos três anos de 2017–2019. A cobertura na Índia foi 95% em 2019, demonstrando que pode ser alcançado no contexto de uma epidemia concentrada de HIV. Os fatores contributivos para esses números animadores incluem a descentralização estratégica de serviços e a prestação de serviços de HIV e TB nas mesmas instalações de saúde. Em contraste, esse relatório (WHO, 2020) refere que a cobertura foi inferior a 50% em dois outros países com alta carga dessa coinfecção TB/HIV: Brasil e Indonésia.

Todavia, desde 2019, a pandemia de covid-19 ameaça reverter o progresso recente na redução da carga global da TB, com prejuízos nas ações e metas propostas. Ainda, nos reportando ao relatório sobre TB da OMS (WHO, 2020), o número global de mortes pode aumentar em cerca de 0,2-0,4 milhões apenas em 2020, se os serviços de saúde são interrompidos na medida em que o número de pessoas com TB, que é detectada e tratada, caí entre 25-50% ao longo de um período de três meses. Na Índia, Indonésia, Filipinas e África do Sul, quatro países responsáveis para 44% dos casos globais de TB, houve grande queda no número relatado de pessoas com diagnóstico de TB entre janeiro e junho de 2020. Ao se comparar com o mesmo período de 2019, evidencia-se reduções gerais na Índia, Indonésia e Filipinas, na faixa de 25-30%.

Em dados mais recentes (BRASIL, 2021), os indicadores de realização de exames laboratoriais, como cultura de escarro (-9,9%), baciloscopia de escarro (-4,7%) e teste de sensibilidade (-4,5%) apresentaram diminuição. Em acréscimo, de janeiro a dezembro de 2020, observou-se queda da notificação de casos novos de TB da ordem de 10,9%, em comparação com o mesmo período do ano anterior, destacando-se o mês de maio, com -31,9%. Assim, o decréscimo no diagnóstico e na notificação dos casos de TB pode ser atribuído a uma combinação de fatores, como: atrasos na digitação dos dados no sistema de informação, redução do atendimento nos serviços de saúde, realocação de pessoal de saúde para as ações da covid-19, menor procura da população sintomática pelos serviços de saúde e redução na execução dos testes laboratoriais.

Segundo a OMS (WHO, 2020), o impacto econômico da pandemia está previsto para piorar pelo menos dois dos principais determinantes da incidência de TB, que são: o PIB per capita e a subnutrição. Desse modo, o impacto sobre os meios de subsistência, resultante de renda perdida ou desemprego, podem aumentar a porcentagem de pessoas com TB. Em acréscimo, um estudo de modelagem, citado nesse relatório, sugeriu que o número de pessoas desenvolvendo TB pode aumentar em mais de 1 milhão por ano no período 2020–2025.

No intuito de melhorar o atendimento, no cenário pandêmico, alguns países relataram ações objetivando mitigar os impactos sobre os serviços direcionados à TB, tais como: uso expandido de tecnologias digitais para aconselhamento e suporte remoto (108 países, incluindo 21 países com alta carga de TB), reduzindo a necessidade de visitas as unidades de saúde; e dando preferência a serviços domiciliares para tratamento e fornecimento de medicamentos (100 países, incluindo 25 países com alta carga de TB). Contudo, os impactos negativos sobre os serviços essenciais de TB ocorreram e incluem: realocação de recursos humanos, financeiros e outros de TB em resposta à covid-19.

Assim, muitos países têm relatado o uso de máquinas GeneXpert[39] para teste de covid-19 em detrimento ao teste diagnóstico de TB (43 países, incluindo 13 países com alta carga de TB), redistribuição de funcionários de programas nacionais de TB para atendimento ao covid-19 (85 países, incluindo 20 países com alta carga de TB) e realocação de orçamentos (52 países, incluindo 14 países com alta carga de TB). Menor, mas ainda considerável, o número de países que reduziram o número de unidades de saúde, que oferecem atendimento hospitalar e ambulatorial para pessoas com TB (35 e 32 países, respectivamente). Por fim, em muitos países, a coleta de dados e os relatórios também foram afetados (WHO, 2020). Nessa conjuntura de impactos advindos da pandemia, referenciamos o que impactou no Brasil:

> Nessa situação de pandemia, algumas alterações importantes nos indicadores epidemiológicos e operacionais foram observadas, tais como: redução no total de notificações de TB nos três níveis de atenção, com queda mais pronunciada na atenção terciária, e redução no consumo de cartuchos da rede de teste rápido molecular para tuberculose, em comparação com o ano de 2019 (BRASIL, 2021, p. 11).

Em relação ao Brasil, o país continua entre os 30 países de alta carga para TB e para coinfecção TB/HIV, sendo, portanto, considerado prioritário para o controle da doença no mundo pela OMS. Entre esses países, três se evidenciam com taxas de incidência per capita

[39] Equipamento destinado a realização do TRM-TB, com resultado em torno de duas horas.

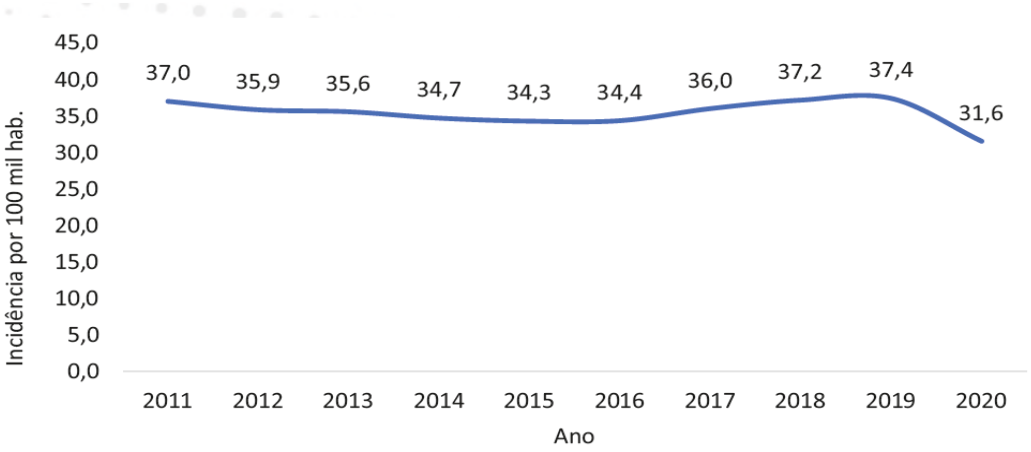
significativamente mais baixas, são eles: Brasil, China e Federação Russa, que tiveram as melhores estimativas de 46, 58 e 50%, respectivamente (WHO, 2020). A atual meta do governo brasileiro, conforme recomendado pela OMS, é descobrir 70% dos casos estimados e curá-los em 85%.

Para alcançar esse objetivo, o MS criou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, que, foi formalizado em 1999 com a criação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), recomenda a implantação da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS) para o controle da Tuberculose no Brasil. A estratégia DOTS engloba cinco elementos: o compromisso político com a implementação e sustentabilidade do programa de controle da tuberculose; detecção de casos, por meio de baciloscopia de escarro, entre sintomáticos respiratórios da demanda dos serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração diretamente observado e monitorado quanto à sua evolução; provisão regular de medicamentos tuberculostáticos; e sistema de informação que permita avaliar a detecção de casos, o resultado do tratamento de casos individuais e o desempenho do programa.

Em 2020, o Brasil registrou 66.819 casos novos de TB, com um coeficiente de incidência de 31,6 casos por 100 mil habitantes. Em 2019, foram notificados cerca de 4,5 mil óbitos pela doença, com um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes. Embora tenha sido observada uma constante tendência de queda entre os anos de 2011 e 2016, o coeficiente de incidência de TB no país aumentou entre os anos de 2017 e 2019 (BRASIL, 2019) (**Gráfico 1**). Esse incremento na incidência brasileira, elevou a incidência nas Américas (WHO, 2020). Todavia, em 2020, em momento de pandemia pela covid-19, observou-se uma queda acentuada da incidência em comparação com o ano anterior (BRASIL, 2021). Esse decréscimo deve estar relacionado à subnotificação que tem ocorrido no período pandêmico, conforme descrito previamente.

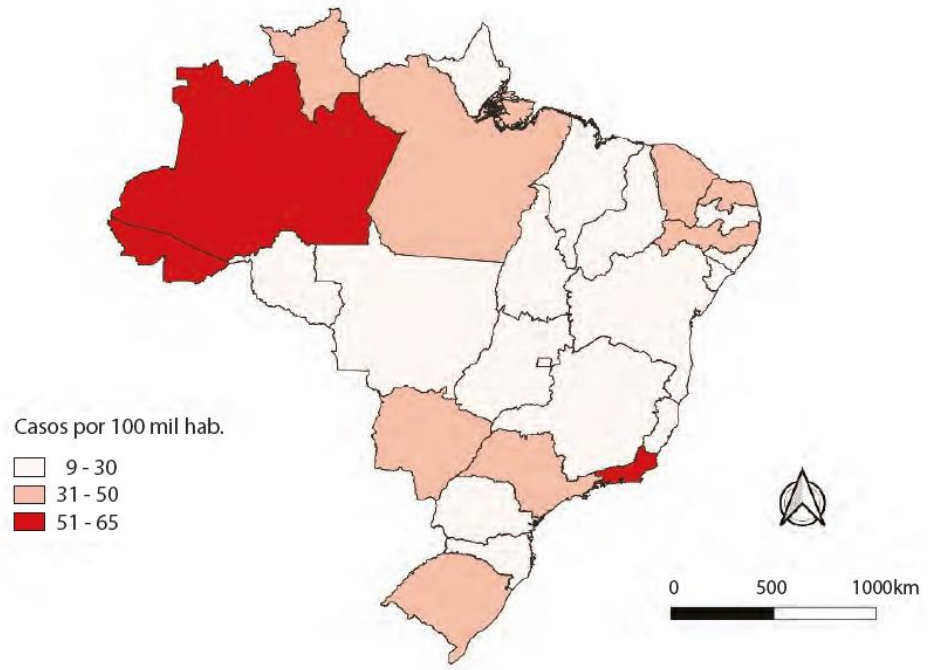
Na estratificação por Unidade Federada, evidencia-se uma importante heterogeneidade no país, com os maiores coeficientes de incidência de TB (acima de 51 casos/100 mil hab.) observados nos estados do Rio de Janeiro, Amazonas e Acre (**Figura 5**) (BRASIL, 2021).

Gráfico 1 - Coeficiente de incidência de TB geral no Brasil, 2011 a 2020.



Fonte: BRASIL, 2021, p.13 (Os dados são preliminares, estão sujeitos a alterações).

Figura 5 - Coeficiente de incidência de TB (por 100 mil hab.). Unidade Federada, 2020.



Fonte: BRASIL, 2021, p. 14 (Os dados são preliminares, estão sujeitos a alterações).

Em 2019, antes da pandemia de covid-19, foram registrados 4.532 óbitos em decorrência da TB, o que equivale a um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil hab., o mesmo coeficiente dos dois anos anteriores. Desde 2010, esse número anual de óbitos tem

variado de 4.400 a 4.600 e o coeficiente de mortalidade, de 2,3 a 2,2 óbitos por 100 mil hab. (BRASIL, 2021).

De 2011 a 2019, a proporção de casos novos de TB testados para HIV cresceu vertiginosamente. Já em 2020, 76,5% dos casos novos de TB foram testados para o HIV, sendo que 8,4% foram positivos, configurando a coinfecção TB/HIV. Os estados do Acre, Roraima e Paraná apresentaram os maiores percentuais de testagem para o HIV. Paralelamente, os que mostraram as maiores proporções dessa coinfecção foram: Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Dentre os pacientes coinfectados, em 2020, apenas 45,1% realizaram TARV durante o tratamento da TB (BRASIL, 2021). Esse último ponto corrobora com os dados da OMS citados anteriormente, onde o Brasil figura como um dos dois países com alta carga de coinfecção e cobertura de TARV inferior a 50%.

As populações mais vulneráveis, no período de 2015 a 2020, sofreram um incremento considerável na ocorrência de TB. A variação de casos, nesse período, na população privada de liberdade foi de 5.860 a 8.978, representando 53,21% de aumento; nos profissionais de saúde, de 837 a 1.043, correspondendo a 24,61%; em imigrantes, de 335 a 542, o que representa 61,79%; e na população em situação de rua, de 1.689 a 2.071, compreendendo 22,62% (BRASIL, 2021). Esses percentuais evidenciam que essas populações se mantêm em risco de adoecimento e que a interferência da pandemia nesses números foi menor em função do recorte temporal. Portanto, demonstra-se que essas populações necessitam de fortalecimento nas ações de combate à TB.

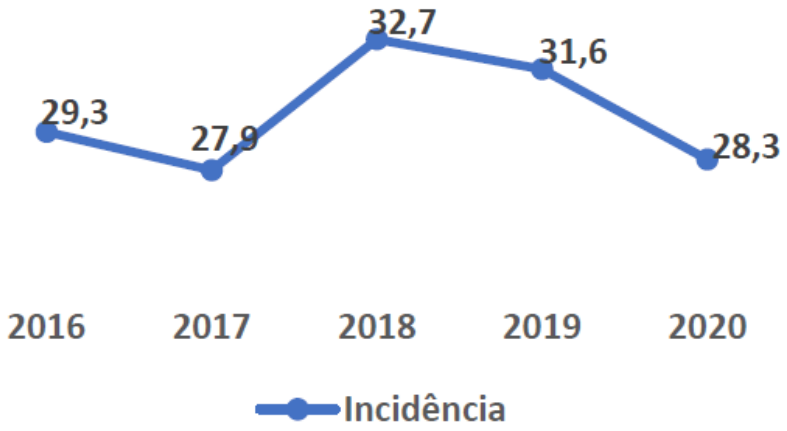
Os dados disponibilizados pelo MS (BRASIL, 2021), por meio do Boletim Epidemiológico e amplamente discutidos nesse estudo, foram estruturados perante um cenário atípico, ou seja, a pandemia pelo novo coronavírus. Dessa forma, demonstraram um comportamento diferente em relação à série histórica da TB, com uma queda acentuada da incidência e uma piora de indicadores, tais como aumento do abandono, queda das notificações e redução no consumo de cartuchos de TRM-TB. Todavia, não se sabe, ainda, como a pandemia pode ter influenciado na gravidade da doença ou se essas alterações são reflexos de aspectos operacionais, como sobrecarga dos sistemas de saúde, com impacto, sobretudo, na qualidade dos dados.

Na PB, de acordo com dados da SES/PB (2021), no ano de 2020 foram notificados 1.144 novos casos de TB, revelando uma taxa de incidência de 28,3 casos por 100 mil habitantes, com uma redução na detecção quando comparado ao ano anterior, que foi de 31,6 casos por 100 mil

habitantes (**Gráfico 2**). Essa redução reproduz o que aconteceu na esfera nacional, provavelmente reflexo do impacto da pandemia de covid-19 no Estado.

O indicador de proporção de cura dos casos novos de TB pulmonar bacilífera permite mensurar o êxito do tratamento, a diminuição da transmissão da doença naquela localidade e possibilita avaliar a qualidade da assistência prestada aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações do PNCT nas três esferas de gestão do SUS. Nesse sentido, no ano de 2019, a PB apresentou 50,9% dos casos com desfecho de cura. Esse valor destoa dos ≥85% preconizados pelo MS, em consonância com as orientações da OMS. Entretanto, esse dado é preliminar, podendo sofrer alteração, uma vez que 105 casos não tiveram os seus desfechos informados (SES/PB, 2021). Dessa forma, exemplificamos a importância da alimentação de informações no Sistema de Informação de Notificação e Agravos (SINAN) para que se tenha dados mais próximos da realidade, permitindo análises mais consistentes.

Gráfico 2 - Coeficiente de incidência de TB na Paraíba por 100 mil hab., 2019 a 2020.



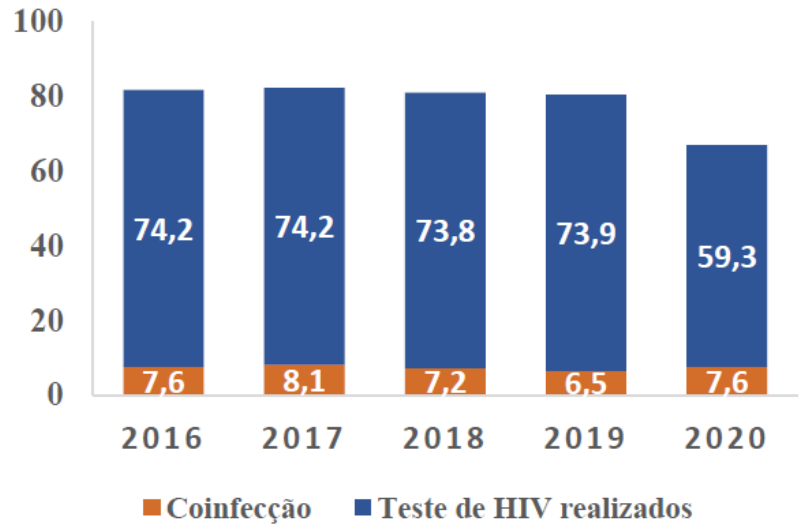
Fonte: SES/PB, 2021, p. 1 (Dados sujeitos a alteração).

O óbito por TB é considerado um indicativo de fragilidades nas ações de prevenção, controle e tratamento, por se tratar de óbito evitável. Isto posto, é considerado um evento sentinela por possibilitar a identificação dos determinantes e condicionantes no processo de adoecimento do indivíduo e sua família, devendo, portanto, ser investigado pelas vigilâncias municipal e estadual. Em se tratando de óbitos por TB na PB, o ano de 2020 destacou-se como

o ano com a menor taxa de óbito registrada num período de cinco anos, totalizando 57 óbitos, seis a menos que o ano anterior (SES/PB, 2021).

Conforme já mencionado previamente, o diagnóstico precoce de ambas as enfermidades tem importante impacto no curso clínico das mesmas. Sendo assim, na PB, o teste rápido para HIV deve ser oferecido, de preferência, na primeira consulta em 100% das pessoas diagnosticadas com TB e os municípios que não dispuserem de métodos para esse diagnóstico devem referenciar esses pacientes para o CHCF, que é o serviço de referência estadual de média e alta complexidade para TB, conforme orientação da SES/PB. Assim, conforme dados da SES/PB (2021), em 2020, o percentual de testagem para HIV em pessoas com diagnóstico de caso novo de TB foi de 59,3%, com a identificação de 7,6% de coinfecção. No **Gráfico 3** evidenciamos que nos últimos cinco anos esse percentual de testagem foi inferior a 80%, com piora em 2020, evidenciando fragilidade e necessidade de fortalecimento dessa prática.

Gráfico 3 - Percentual de teste para diagnóstico de HIV realizados nos casos novos de TB e de coinfecção TB/HIV na PB, 2016 a 2020.



Fonte: SES/PB, 2021, p. 2.

A investigação diagnóstica, ou simplesmente rastreamento, dos contactantes de pessoas com TB é um outro indicador importante, pois permite a quebra da cadeia de transmissão da doença. Para que essa quebra na transmissibilidade ocorra, é necessário que 100% dos contatos sejam identificados e examinados e, com isso, os casos diagnosticados como positivos recebam o tratamento de forma mais ágil, evitando a sustentabilidade da cadeia de transmissão. O

Quadro 8 evidencia que na PB, no ano de 2020, foram identificados 1.995 contatos de portadores de TB; destes, 1.002 realizaram exames, confirmando a existência da doença em 50,2% dos investigados laboratorialmente.

Quadro 8 - Proporção de contatos examinados de casos novos de TB diagnosticados, segundo a Gerência Regional de Saúde na PB, 2020.

GRS	Contatos identificados c/ confirmação laboratorial	Contatos examinados c/ confirmação laboratorial	% Contatos examinados c/ confirmação laboratorial
PB	**1.995**	**1.002**	**50,2**
1ª	1.238	596	48,1
2ª	131	92	70,2
3ª	195	97	49,7
4ª	30	17	56,7
5ª	30	11	36,7
6ª	75	17	22,7
7ª	93	71	76,3
8ª	48	43	89,6
9ª	71	21	29,6
10ª	47	19	40,4
11ª	10	3	30
12ª	27	15	55,6

Fonte: SES, 2021, p. 2.

Nesse interim, de acordo o último Boletim Epidemiológico da SES/PB (2021, p. 3), algumas recomendações se seguem no intuito de controlar a TB, tais como: garantir o acesso adequado aos serviços de saúde da Atenção Primária e aos exames laboratoriais para o diagnóstico de pessoas com sinais e sintomas de TB, evitando atraso no tratamento; realizar mensalmente a baciloscopia de controle, garantindo a qualidade do tratamento; solicitar cultura para micobactérias com identificação e teste de sensibilidade para todos os pacientes que apresentarem baciloscopia positiva no final do segundo mês de tratamento; atentar para sinais e sintomas de TB no contexto pandêmico, lembrando que muitos casos poderão ser

diagnosticados a partir de sintomas semelhantes à covid-19; garantir a realização do TDO na Unidade de Saúde ou no domicílio quando indicado, utilizando o protocolo de prevenção para a covid-19, evitando o abandono do tratamento; evitar o deslocamento desnecessário de pacientes aos serviços de referência devido ao risco de coinfecção pela covid-19; garantir o encaminhamento ao serviço de referência os casos que necessitem de atenção especializada na média e alta complexidade; realizar a investigação de todo óbito com menção à TB, seguindo as orientações dos protocolos vigentes; e manter as atividades de monitoramento e qualificação das fichas de notificação no SINAN, principalmente as rotinas de duplicidade.

Para finalizar, no dia 24 de março é comemorado o Dia Mundial de Combate à Tuberculose. A data foi criada em 1982 pela OMS em homenagem ao centenário da descoberta do bacilo causador da doença pelo médico Robert Koch, o que aconteceu em 1882. Na PB, o CHCF desenvolveu atividades em suas instalações em alusão ao enfrentamento da TB, intitulada Semana Contra a Tuberculose, durante o período de 21 a 25 de março desse ano.

4.3 O abandono do tratamento e a questão da resistência

Dissertar sobre adesão ao tratamento da TB requer, inicialmente, uma definição. A OMS (WHO, 2020) define a adesão do paciente como o grau de correspondência entre o comportamento e as recomendações acordadas com os profissionais da saúde: tomar os remédios, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida. Para o MS (BRASIL, 2019), a adesão é definida como "um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de um determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo". Portanto, a adesão deve ser compreendida como um processo de negociação entre usuários e profissionais de saúde, reconhecendo as responsabilidades de cada um para fortalecimento da autonomia e do autocuidado.

O tratamento para TB é realizado em duas fases: intensiva, que irá atingir os bacilos de crescimento rápido, sob atividade metabólica, e de manutenção, que irá atingir as populações bacilares de crescimento lento, presente nos granulomas tuberculosos e dentro de macrófagos, evitando recidivas da doença. Desse modo, justifica o tempo prolongado desse tratamento.

Entretanto, esse período mais extenso do tratamento, de seis meses, é que favorece o abandono. De acordo com Oliveira e colaboradores (2019, p. 14), o abandono do tratamento é considerado como um dos principais fatores para a resistência às drogas de primeira linha e o período com maior incidência desse abandono ocorre nos três primeiros meses. Todavia, há outros fatores que levam ao abandono do tratamento, que vão desde a sua recusa total, o uso irregular dos fármacos até o não cumprimento da duração do tratamento. De um modo geral, os fatores ligados ao abandono, geralmente, estão associados com o doente, com a modalidade do tratamento empregada e com fatores ligados aos serviços de saúde.

Numerosos são os fatores que conduzem ao abandono do tratamento da TB. Vários estudos têm evidenciado os fatores socioeconômicos e demográficos, o uso de drogas, os aspectos relacionados ao atendimento nos serviços de saúde, a coinfecção TB/HIV, fatores relacionados a própria medicação e ao tempo do tratamento (OLIVEIRA et al., 2019; MEDEIROS, 2015; BALLESTERO et al., 2014; GLER et al., 2012; PATEL et al., 2012; LOMTADZE et al., 2009). Nesse sentido, percebe-se uma caracterização desses pacientes, compreendendo, especialmente, o sexo masculino e a faixa etária 30 a 49 anos. Esse perfil representa a figura do provedor do lar, "homem em idade produtiva", com impacto direto no núcleo familiar e, de forma mais abrangente, na economia.

Em acréscimo, agravos associados ao uso de drogas lícitas, como o álcool e fumo, bem como o uso de drogas ilícitas, induzem ao abandono do tratamento e, consequentemente, prejudica a obtenção do sucesso terapêutico. Oliveira e colaboradores (2019, p. 18) pontuam que indivíduos etilistas e tabagistas demonstram total desinteresse em abandonar esses hábitos, influenciando, de forma direta, na descontinuidade do tratamento.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a relação médico-paciente e o trabalho desenvolvido por outros profissionais de saúde influenciam, de forma direta, na adesão ao tratamento. Por isso, é importante a realização de um trabalho humanizado por parte dos profissionais para com os pacientes, de modo a promover adesão ao tratamento (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011). Oliveira e colaboradores (2019, p. 19) elencam os fatores associados à medicação e ao tempo de tratamento, tais como o tratamento longo, o uso de associações medicamentosas e os efeitos desagradáveis causados nos pacientes, como contributivos ao abandono.

Um outro item em destaque é a coinfecção TB/HIV. A epidemia de HIV/Aids recrudesceu a TB no início dos anos 1990, favorecendo a sua manutenção, como já discutido

previamente em outra seção. A presença da imunodeficiência no portador de HIV/Aids contribui para a reativação da TB e, por outro lado, a presença do BK em atividade aumenta a carga viral do HIV. Ou seja, uma doença favorece a outra e juntas podem prejudicar gravemente o portador de ambas. Assim, portadores de HIV/Aids contribuem com o aumento da estatística da TB, quer por ampliar a suscetibilidade à infecção pelo *M. tuberculosis*, quer por torná-la uma doença ativa e disseminá-la no ambiente, permitindo a contaminação de outrem. Nessa conjuntura, se faz mister comentar que os tratamentos de ambas as enfermidades podem desencadear reações adversas em graus variáveis e, por isso, prioriza-se o início do tratamento da TB, quando o diagnóstico ocorre em conjunto. O início da TARV fica postergado para os 15 dias posteriores, pelo menos. Ainda, quanto ao tratamento e acompanhamento clínico de ambas, quando é realizado em locais distintos na rede pública de saúde, favorece o abandono. Pois, como esses indivíduos precisam de atenção integral em ambos os tratamentos, isso dificulta e encarece o acesso destes aos serviços, contribuindo para uma menor adesão ao tratamento. Nesse sentido, destacamos que, na PB, o CHCF faz essa oferta no mesmo local, o que é benéfico, tanto ao paciente, quanto às metas de erradicação da TB.

Na atualidade, há que se pontuar a pandemia da covid-19 como fator favorecedor da perpetuação da TB, conforme destacado no corrente Plano Nacional pelo Fim da TB:

> Com o advento da pandemia da covid-19, a eliminação da TB como problema de saúde pública mundial ficou ainda mais distante, em vista de diminuição de 25% no diagnóstico e de aumento de 26% da mortalidade por TB no mundo, segundo estimativas divulgadas pela OMS em 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). Para alcançar as metas de eliminação da TB no Brasil até 2035, será necessário fortalecer as estratégias para manutenção do diagnóstico, do tratamento e da prevenção da TB como serviços essenciais à população, e trabalhar de forma engajada para superar os impactos da pandemia e acelerar o progresso em torno dos compromissos assumidos (BRASIL, 2021, p. 7).

Para Oliveira e colaboradores (2019, p. 20) existem vários mecanismos que podem proporcionar a obtenção de resultados mais satisfatórios na adesão ao tratamento. É fundamental instituir mecanismos que favoreçam o acesso e o incentivo ao paciente em procurar tratamento nas unidades de saúde. É importante garantir que o paciente receba assistência de qualidade, acolhimento, facilidade e rapidez no atendimento nos serviços de saúde, respeitando-se sua privacidade e necessidades.

Por outro lado, o BK é dependente de oxigênio para o seu metabolismo e tem seu comportamento modulado pela concentração desse gás no ambiente em que ele se encontra. Na lesão pulmonar cavitada, existem condições ideais para a intensa atividade metabólica e para o

crescimento bacilar rápido, como a boa oferta de oxigênio, o pH neutro e a presença de substâncias nutritivas. Pelas condições ideais, nas lesões cavitadas formam-se grandes populações bacilares, com frequência variável, de subpopulações de bacilos com mutações genéticas que conferem resistência natural aos medicamentos usados no tratamento da TB. Assim, se o esquema terapêutico é equivocado, realizado de maneira irregular, com doses inadequadas ou interrompido precocemente, cepas resistentes aos medicamentos podem ser selecionadas, caracterizando a resistência adquirida (BRASIL, 2019, p. 100).

Ao se considerar a questão da resistência, faz-se mister um pequeno histórico do surgimento no país e como se fez/faz a monitorização. De acordo com Bartholomay e colaboradores (2019), os primeiros relatos de resistência ao tratamento da TB no Brasil fazem referência à cidade do Rio de Janeiro, datando de 1958-1959, e, nos anos seguintes, relatos semelhantes foram encontrados em outras capitais, expondo um problema de abrangência nacional. Então, até a década de 1990, a detecção da TBDR deu-se por meio do I Inquérito Nacional de Resistência dos Fármacos Anti-TB, que foi realizado entre 1995 e 1997. No ano de 2000, por iniciativa do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, o qual, à época, fazia parte da estrutura organizacional da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, o Brasil iniciou a vigilância epidemiológica da TBMDR de forma passiva, a partir da notificação dos casos pelos serviços de referência de TB.

O referido centro, em 2004, mediante um convênio com o Projeto *Management Sciences for Health* (MSH), financiado pela *United States Agency for International Development*, desenvolveu a principal ferramenta para monitorar a TBMDR no Brasil: o Sistema TBMR, objetivando aprimorar a notificação e acompanhar as pessoas com TBMDR, fortalecer e descentralizar o Programa de Vigilância Epidemiológica da TBMDR, permitir a realização de avaliações e pesquisas por meio da manutenção do sistema de informação atualizado e controlar a logística de medicamentos específicos nos níveis central e periférico. Todavia, diante da evolução dos casos, da necessidade de monitorar todas as pessoas com TB resistente, incluir a vigilância passiva a partir das notificações e controlar a dispensação dos medicamentos anti-TB, além de produzir informações epidemiológicas sobre TBDR no Brasil, os mencionados centro e projeto MSH/Brasil aprimoraram o Sistema TBMR, passando a se chamar Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB) (BARTHOLOMAY et al., 2019). Dessa forma, desde 2013 esse é o sistema que monitoriza os casos de TB resistente no país.

Devido aos dados do II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos Anti-TB, realizado entre 2006-2007, que indicou um aumento na taxa de resistência primária à isoniazida (passando de 4,4 para 6%) e à rifampicina (passando de 0,2 para 1,5%) entre os anos de 1997 e 2007, o MS/PCNT decidiu, em 2009, mudar o esquema de tratamento utilizado, que estava em vigência desde 1979. Esse esquema, conhecido como esquema I, era composto por dois meses de rifampicina, isoniazida e pirazinamida (RHZ) - constituindo a fase intensiva, seguidos por quatro meses de rifampicina e isoniazida (RH) - constituindo a fase de manutenção. A modificação acrescentou o quarto fármaco - o etambutol, na fase intensiva do tratamento, compondo, assim, o esquema básico de tratamento, que é o utilizado na atualidade. Ou seja, dois meses de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, seguidos por quatro meses de rifampicina e isoniazida - 2RHZE/4RH (SILVA et al., 2017, p. 113-114). Atualmente, a apresentação farmacológica desses medicamentos é de comprimidos em doses fixas combinadas, com a apresentação tipo 4 em 1 (RHZE) ou em 2 em 1 (RH) (BRASIL, 2019, p. 104).

De acordo com Oliveira e colaboradores (2019, p. 14), a introdução dos comprimidos com dose fixa combinada, a partir de 2010, foi uma ação direcionada a facilitar a adesão ao tratamento. Ponto crucial, relacionado tanto ao êxito no tratamento, quanto ao surgimento de resistência. Segundo esses autores, “a falta de adesão ao tratamento é considerada um grande impedimento para o controle da doença no âmbito da Saúde Pública, representando um grande desafio à área da saúde e contribuindo de forma significativa ao aparecimento de resistência aos fármacos utilizados”.

Ao se discutir o desenvolvimento de resistência no cenário da TB, há duas formas: a resistência primária e a secundária ou adquirida, que é mais frequente. A resistência primária resulta da exposição à TBDR, com consequente infecção por bacilos resistentes, em pessoas nunca tratadas para TB previamente. A transmissão da TBDR ocorre de maneira semelhante à da TB sensível. A alta prevalência de TBDR no ambiente aumenta o risco de transmissão de cepas resistentes na comunidade. A falta de diagnóstico adequado e consequentes tratamentos tardios contribuem para a transmissão da TBDR. Ambientes mal ventilados, unidades de saúde sem controle de infecção, assim como aglomerados de pessoas contribuem para a transmissão da TB resistente primária (BRASIL, 2019, p. 143).

Quanto à resistência secundária ou adquirida, ocorre durante o tratamento, após a exposição/infecção por bacilo sensível. Resulta do inadequado ou incompleto regime de

tratamento para TB, com a seleção de bacilos mutantes resistentes. É consequência de monoterapia real ou encoberta por medicamentos ineficazes para a cepa que o paciente apresenta. Mutações naturais do *M. tuberculosis* a mais de um fármaco são raras e, como consequência, o esquema de tratamento para TB sensível composto por pelo menos quatro fármacos (RHZE) é eficaz, quando realizado de maneira adequada. O uso irregular dos medicamentos, assim como os abandonos frequentes, são as principais causas da TBDR adquirida (BRASIL, 2019, p. 143; OLIVEIRA et al., 2019, p. 14).

Outro ponto a ser apresentado trata-se da classificação da TBDR. De acordo com MS (BRASIL, 2019, p. 144; BRASIL, 2021, p. 1-2), cinco são as possibilidades: monorresistência - resistência a somente um fármaco anti-TB (FATB); polirresistência (TBPR) - resistência a dois ou mais FATB, exceto à associação rifampicina e isoniazida; resistência à rifampicina (TBRR) - resistência à rifampicina identificada por meio do TRM-TB exclusivamente (ainda sem teste de sensibilidade, sem outras resistências conhecidas); multirresistência (TBMDR) - resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida, os dois mais importantes fármacos para o tratamento da TB; e a resistência extensiva (TBXDR) - resistência à rifampicina e isoniazida acrescida de resistência a fluoroquinolona (qualquer delas) e linezolida ou bedaquilina.

As monorresistências que são objeto de vigilância e implicam reavaliação para a tomada de decisão quanto ao esquema terapêutico apropriado são as que envolvem a rifampicina ou a isoniazida e devem ser notificadas. Outras monorresistências, que não envolvem essas citadas drogas, não implicam em alterações do esquema terapêutico inicial e não são motivo de vigilância para o país, não devendo, portanto, serem notificadas no SITE-TB.

A rápida expansão da resistência aos fármacos anti-TB (FATB) tem prejudicado o controle global da TB (LIANG et al., 2012), com aumento da morbidade e da mortalidade e favorecendo a transmissão da TBDR na comunidade (GLER et al., 2012). Ballestero et al. (2014) reforçam essa assertiva ao relatarem que um dos desafios envolvendo a TB é o desenvolvimento de resistência aos fármacos de primeira linha do tratamento (esquema inicial para o tratamento da TB), considerando-se uma ameaça aos avanços realizados para o controle da doença no mundo, uma vez que dificulta a prevenção e o tratamento, além de contribuir para o aumento da mortalidade. Patel et al. (2012) corroboram ao observarem na Índia que de todos os pacientes com TB, 14,1% tiveram monorresistêncas ou TBMDR. Lomtadze et al. (2009) verificaram na República da Georgia a ocorrência de 56% de resistência a pelo menos um FATB e 15% foram TBMDR. Esses estudos evidenciam uma variabilidade na prevalência de

resistência aos FATB no mundo, entendendo-se por prevalência o número total de casos existentes numa determinada população e num momento temporal.

De acordo com a OMS (WHO, 2020), a TBDR continua a ser uma ameaça à Saúde Pública mundial. No ano de 2019, em todo o mundo, perto de meio milhão de pessoas desenvolveram TBRR, dos quais 78% tinham TBMDR. Os três países com a maior parcela da carga global foram Índia (27%), China (14%) e Federação Russa (8%). Globalmente em 2019, 3,3% dos novos casos de TB e 17,7% dos casos tratados anteriormente tinham TBRR ou TBMDR. As mais altas proporções (> 50% em casos tratados anteriormente) estavam em países da ex-União Soviética.

Todavia, há que se destacar, segundo a OMS (WHO, 2020), que houve algum progresso na testagem, detecção e tratamento da TBRR e TBMDR entre 2018 e 2019. Globalmente em 2019, 61% das pessoas com TB confirmada bacteriologicamente foram testados para resistência à rifampicina, valor superior aos 51% em 2017 e aos 7% em 2012. Assim, um total global de 206.030 pessoas com TBRR e TBMDR foram diagnosticadas e notificadas em 2019, representando um aumento de 10% em relação aos 186.883 em 2018 e 177.099 pessoas iniciaram o tratamento específico, número de tratamento superior aos 156.205 registrados em 2018.

Apesar dessas melhorias, o número de pessoas que iniciaram tratamento em 2019 foi equivalente a apenas 38% do número estimado de pessoas que desenvolveram TBRR e TBMDR em 2019. Desse modo, a OMS (2020) relata que fechar essa grande lacuna requer um ou mais das seguintes ações: melhorar a detecção de TB; aumentar a confirmação bacteriológica entre os diagnosticados com TB; expandir a cobertura de testes de resistência a medicamentos entre aqueles com TB confirmada bacteriologicamente e garantir que todos os diagnosticados com TBRR e TBMDR iniciem e concluam seus tratamentos.

Os dados da OMS (2020) evidenciam que dez países responderam por 77% da lacuna global entre o início do tratamento e o número estimado de novos casos de TBRR e TBMDR em 2019, destacando-se a China e a Índia, com 41% dessa lacuna. Os números mais recentes de resultados de tratamento para pessoas com TBRR e TBMDR mostram uma taxa global de sucesso do tratamento de 57%, evidenciando-se três exemplos de países - Etiópia, Cazaquistão e Mianmar - com alta carga de TBMDR e com cobertura de tratamento de TB relativamente alta e taxas de sucesso do tratamento para TBRR e TBMDR ≥75%.

Maciel e colaboradores (2012, p. 229) nos mostram que a questão da resistência no Brasil é mais antiga com os primeiros registros datados de 1958-1959, nos pacientes em tratamento na cidade do Rio de Janeiro, então Estado da Guanabara, e que característica semelhante foi observada em outras capitais brasileiras, expondo um problema de impacto nacional e que persiste atualmente.

Entre 2015 e 2020, foram diagnosticados 7.749 casos de TBDR, com uma concentração dos casos nas capitais (53%). Desses, 69% ocorreram em pessoas do sexo masculino, 66% em pessoas negras e 46% em pessoas com idade entre 30 e 49 anos. Adicionalmente, observou-se que 98% desses casos apresentavam a forma pulmonar. Especificamente no ano de 2020, foram diagnosticados 913 casos de TBDR no país. Em relação ao padrão de resistência nesse mesmo período, 5.377 (69,5%) dos casos foram TBRR ou TBMDR, 1.731 (22,4%) dos casos apresentaram monorresistência, 542 (7,0%) polirresistência, e 92 (1,2%) TBXDR (BRASIL, 2021, p. 19-20).

Outrossim, a taxa de abandono ao tratamento da TB no Brasil é elevada (BRAGA et al., 2012), o que resulta em risco de ocorrência de formas resistentes da doença e persistência da cadeia de transmissão. Diversas pesquisas descrevem fatores que podem contribuir para esse abandono e o consequente desenvolvimento de resistência aos FATB. Estudos de base populacional realizados em alguns países, a exemplo da República da Georgia, Canadá e Espanha, identificaram os seguintes fatores de risco: retratamento, abuso do álcool, idade e o status de imigrante (LOMTADZE et al., 2009; MONIRUZZAMAN et al., 2006; SUAREZ-GARCIA et al., 2009). Sen et al. (2012), em estudo tipo caso controle na Região Sudeste da Turquia, identificaram o nível socioeconômico baixo, tratamento prévio e diabetes como fatores predisponentes para TBMDR. Ribeiro et al. (2012) observaram em serviço de referência no Recife/PE a ocorrência de abuso do álcool, tabagismo e retratamento nos pacientes com diagnóstico de TBMDR.

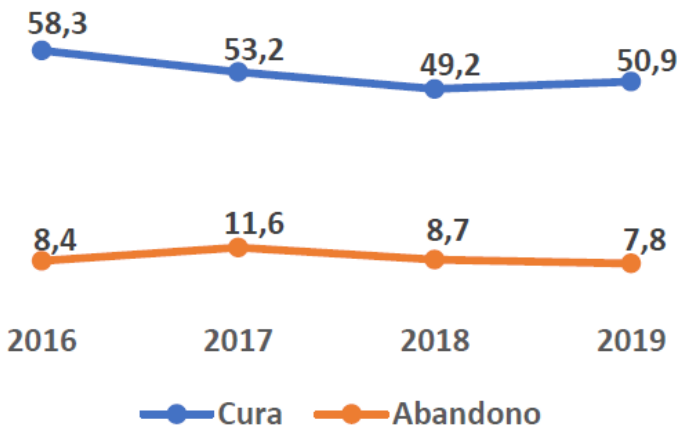
No estado da PB, Medeiros (2015), em sua dissertação, documentou a ocorrência de 69 casos de TBDR no estado da PB, durante o período de 01 de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2013, com prevalência de 0,5%. Quanto ao tipo de resistência, evidenciou-se 17,4% de mono, 14,5% de polirresistência e 68,1% de TBMDR. Os casos caracterizaram-se como: sexo masculino (73,9%), faixa etária de 33-47 anos (50,8%), tratamento prévio (98,5%), ingesta de álcool (57,4%), cura (44,9%), cor da pele parda (68,5%), casado (50,9%), nível educacional até o ensino fundamental completo (67,3%) e procedente do interior da PB (78,2%). A coinfecção

com HIV/AIDS ocorreu em 14,5%. Apesar desses resultados serem mais antigos (2003-2013), ainda se apresentam em consonância com o atual relatório emitido pelo MS (BRASIL, 2021), especialmente quanto à caracterização do indivíduo adoecido, ou seja, no âmbito da TBDR poucos dados foram melhorados ao longo desses anos, evidenciando a necessidade de ações mais enérgicas em vários pontos dessa cadeia.

Na atualidade e de acordo com o SITE-TB (acesso em 23 de novembro de 2021), são 17 (dezessete) os casos notificados de pacientes com TBDR em tratamento e acompanhamento no estado da PB. Todavia, desde a implantação dos dados informatizados, que ocorreu em 2002, até a citada data (23/11/2021) foram cadastrados 258 casos, com desfechos variados.

Destacamos, de acordo com o relatório emitido pela SES/PB (SES/PB, 2021, p. 1), que o percentual de abandono ao tratamento da TB no estado da PB, entre os anos de 2016 a 2019, variou de 8,4 a 7,8%. Por outro lado, nesse mesmo período, o percentual de cura variou de 58,3 a 50,9%. Notadamente, observa-se uma curva decrescente de abandono, com incrementos nos anos 2017 e 2018 (**Gráfico 4**). Todavia, não foram apresentados os dados de 2020 e nem uma parcial de 2021, que iriam permitir uma análise do impacto da pandemia de covid-19 sobre esses percentuais.

Gráfico 4 - Percentual de cura e abandono de TB na PB, 2016 a 2019.



Fonte: SES, 2021, p. 1 (Dados sujeitos a alteração).

Diante desse panorama, tanto da manutenção do número de casos de TB, quanto dos casos de resistência, e a falta de diretrizes para o cenário posterior a 2015, o Brasil, compondo um grupo com outros países, solicitou à OMS, durante a Assembleia Mundial de Saúde, em

maio de 2012, uma nova estratégia para o controle da doença no mundo. Assim, em 2014, foi aprovada na citada assembleia, a "Estratégia global e metas para prevenção, atenção e controle da tuberculose pós-2015". Posteriormente, denominada "Estratégia pelo Fim da Tuberculose", cujo principal proponente foi o Brasil.

Essa estratégia tem como visão "Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à tuberculose" e por objetivo o fim da epidemia global da doença. Assim esse plano foi publicado, em versão preliminar pelo MS (BRASIL, 2021), cujas metas para cumprimento até 2035 são:

> As metas do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose são de alcançar uma redução de 90% do coeficiente de incidência da TB e uma redução de 95% no número de mortes pela doença no país até 2035, em comparação com os dados de 2015. Isso significa, para o Brasil, que é necessário reduzir o coeficiente de incidência para menos de dez casos por 100 mil habitantes e limitar o número de óbitos pela doença a menos de 230 ao ano, até 2035 (BRASIL, 2021, p. 7).

Tendo em vista o alcance das metas, a estratégia foi baseada em quatro princípios: gestão e responsabilização do governo, com componentes de monitoramento e avaliação; forte envolvimento das organizações da sociedade civil e de base comunitária; proteção e promoção dos direitos humanos, éticos e de equidade; e adaptação da estratégia e metas nos países, com colaboração no âmbito global. Além dos princípios, foram identificados três pilares norteadores para o processo de alcance das metas, sendo o primeiro voltado à atenção ao paciente, o segundo ao componente social e o terceiro à pesquisa e inovação - **Quadro 9**.

Segundo o MS (BRASIL, 2019, p.41-42), a Resolução nº. 444/2011 do Conselho Nacional de Saúde preconiza que as estratégias de controle da TB devem ser articuladas com as demais políticas públicas, a fim de desenvolver ações que considerem as necessidades específicas, sobretudo das populações mais vulneráveis. É necessário que, aliado ao fortalecimento das ações de saúde, haja também o incremento das ações de políticas de inclusão de proteção de direitos, como os programas sociais, para manter a tendência de queda da incidência e mortalidade por TB, bem como evitar o crescimento dos índices de abandono do tratamento na população pobre ou extremamente pobre. O sucesso futuro do controle da TB pode depender do progresso em todas essas áreas, sendo fundamental enfrentar também a discriminação e o preconceito, a fim de eliminar barreiras e ampliar o acesso a bens e serviços públicos.

Quadro 9 - Pilares e componentes da estratégia para o fim da TB.

PILAR 1. PREVENÇÃO E CUIDADO INTEGRADO E CENTRADO NO PACIENTE
▪ Diagnóstico precoce, teste de sensibilidade antimicrobiano universal, investigação sistemática dos contatos e das populações mais vulneráveis. ▪ Tratamento de todos os casos de tuberculose, incluindo casos de tuberculose drogarresistente e apoio ao paciente. ▪ Atividades colaborativas TB-HIV e manejo de outras comorbidades. ▪ Tratamento preventivo para pessoas com alto risco de adoecimento e vacina contra a tuberculose.
PILAR 2. POLÍTICAS ARROJADAS E SISTEMAS DE APOIO
▪ Compromisso político, alocação adequada de recursos para o cuidado e prevenção da tuberculose. ▪ Envolvimento comunitário, das organizações da sociedade civil e dos setores público e privado. ▪ Políticas de cobertura universal em saúde, regulamentação da notificação de casos, registro vital, uso qualitativo e racional de medicamentos e controle da infecção. ▪ Proteção social, redução da pobreza e ações relacionadas aos determinantes da tuberculose.
PILAR 3. INTENSIFICAÇÃO DA PESQUISA E INOVAÇÃO
▪ Descoberta, desenvolvimento e rápida absorção de novas ferramentas, intervenções e estratégias. ▪ Pesquisa para otimizar a implantação e impacto, e promoção de inovações.

Fonte: BRASIL, 2019, p. 33.

O atual Plano Nacional de Enfrentamento da TB (BRASIL, 2021, p. 11) trouxe modificações (**Quadro 10**), as principais são: a meta de redução do coeficiente de mortalidade por TB foi modificada para redução do número de óbitos pela doença, visando adequar o monitoramento dessa informação aos marcos intermediários e objetivos da Estratégia Global pelo Fim da TB, da OMS, e a descrição das metas destaca a porcentagem de redução esperada e o valor dessa redução de acordo com os dados nacionais. O valor a ser alcançado deverá ser calculado segundo a realidade local; atualização dos objetivos e das estratégias dos três pilares de acordo com as recomendações vigentes para o controle da TB e revisados para utilização de uma linguagem centrada na pessoa; incorporação de um objetivo específico no Pilar 1 voltado às populações mais vulneráveis ao adoecimento por TB, com o propósito de aumentar a visibilidade das ações específicas para a qualificação do cuidado a essas populações; inclusão de exemplos de ações para apoiar gestores e coordenações locais na operacionalização das estratégias e recomendações do Plano; e a inserção dos símbolos M (municipal), E (estadual) e F (federal) ao lado das estratégias e dos exemplos de ações para auxiliar os gestores e as coordenações locais a identificar as atribuições de cada instância federativa.

Nesse âmbito estratégico, esse estudo poder-se-ia enquadrar no pilar três, como uma possível ferramenta de apoio aos pacientes no intuito de reduzir o abandono ao tratamento da

TB e o consequente desenvolvimento de resistência, evidenciando a importância que o fortalecimento da fé, espiritualidade e/ou religiosidade, tem durante esse período.

Quadro 10 - Pilares, estratégias e pressupostos de operacionalização no Plano Nacional pelo Fim da TB.

PILARES E ESTRATÉGIAS
PILAR 1 – Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com TB
▪ Diagnosticar oportunamente todas as formas de TB, com oferta de cultura e teste de sensibilidade, de acordo com as recomendações vigentes e incluindo o uso de testes rápidos ▪ Tratar de forma adequada e oportuna todas as pessoas diagnosticadas com TB, visando à integralidade do cuidado ▪ Intensificar as atividades colaborativas TB-HIV ▪ Intensificar ações de prevenção ▪ Intensificar ações estratégicas voltadas às populações mais vulneráveis ao adoecimento por TB
PILAR 2 – Políticas arrojadas e sistema de apoio
▪ Fortalecer o compromisso político e garantir recursos adequados para a realização das ações de enfrentamento da TB ▪ Fortalecer a participação da sociedade civil nas estratégias de enfrentamento da TB ▪ Fortalecer a articulação intra e intersetorial e o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento da pobreza e de outros determinantes sociais da TB ▪ Fortalecer a vigilância da TB e o monitoramento e avaliação das ações de enfrentamento da doença
PILAR 3 – Intensificação da pesquisa e inovação
▪ Estabelecer parcerias para fomentar a realização de pesquisas no País em temas de interesse para a saúde pública ▪ Promover a incorporação de tecnologias e iniciativas inovadoras para aprimorar o controle da TB
A operacionalização do plano possui como pressupostos:
▪ Construção de parcerias e a integração entre os entes federados, considerando as competências da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios nas ações de controle da TB ▪ Planejamento estratégico, no âmbito local, para desenvolvimento das ações considerando as características dos subcenários epidemiológicos e operacionais da TB e os recursos disponíveis na rede de atenção à saúde ▪ Forte engajamento multissetorial e estabelecimento de mecanismos de revisão dos compromissos assumidos

Fonte: BRASIL, 2021, p. 12.

4.4 O Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga - CHCF

O Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF) localiza-se no bairro de Jaguaribe, parte Sudoeste da cidade de João Pessoa, capital do estado da PB. É um hospital de médio porte, responsável pela política de assistência e atendimento aos portadores de doenças infectocontagiosas, com referência ao tratamento especializado no

referido Estado. O estabelecimento atende o público, especialmente as faixas etárias superiores aos 18 anos, de forma gratuita, pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e é mantido pela Secretaria da Saúde do Estado da PB.

Infelizmente, a história da Instituição não está disponível em forma de referência, mas os dados pontuados foram resgatados junto a gerência atual do Núcleo de Extensão e Pesquisa (NEP) do CHCF e aos funcionários mais antigos por meio da oralidade dos fatos e eventos ocorridos ao longo de sua existência. Aqui, destacamos as contribuições da médica Ana Maria Ferreira de Paiva, com toda sua experiência, enquanto médica e gestora do CHCF, no decorrer dos anos lá trabalhados. Esse estudo visa, também, traçar esse contexto histórico de tão importante casa de saúde, especialmente no que concerne ao atendimento dos portadores de TB, e permitir que sua história seja registrada e documentada. Esse levantamento histórico será disponibilizado ao serviço, permitindo que outros estudos possam alicerçar-se nesses dados.

Em 25 de julho de 1959 foi inaugurado o "Sanatório Clementino Fraga" (**Foto 2**), que foi planejado e equipado pelo Serviço Nacional de Tuberculose, onde suas despesas funcionais eram mantidas pelo Ministério da Saúde e tinha como finalidade única atender pessoas acometidas de TB, nas suas mais variadas formas.

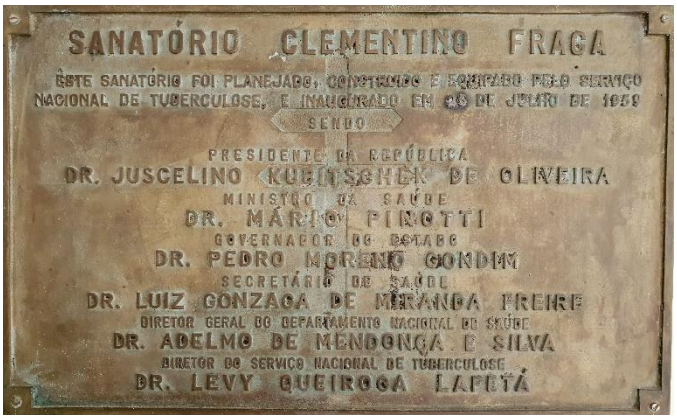


Foto 2 - Placa de inauguração do Sanatório Clementino Fraga.

Essas pessoas adoecidas constituíam uma população pobre, em condições de vida precárias, exigindo dos serviços de Saúde Pública soluções para problemas que decorrem da estrutura social, ou seja, perpassam pela questão epidemiológica. Esse período corresponde ao momento político em que o nosso Presidente da República era Juscelino Kubitschek de Oliveira, o Ministro da Saúde era Mário Pinotti, o Governador do Estado da PB era Pedro Moreno Gondim, o Secretário da Saúde do Estado era Luiz Gonzaga de Miranda Freire, o

Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde era Adelmo de Mendonça e Silva e o Diretor do Serviço Nacional de Tuberculose era Levy Queiroga Lafetá.

A primeira administração do então Sanatório foi realizada por José Clementino de Oliveira (1959 - 1962) e, a partir daí, Jackson Dervile Araruna (1962 - 1966), Francisco Carneiro Braga (1966 - 1972) e José Maciel (1972 - 1978).

Durante muito tempo funcionou somente com o propósito de atender aos portadores de TB. Aproximadamente entre os anos de 1976 e 1977, esse atendimento passou a ser de forma ambulatorial, também, em virtude da dispensação das medicações por via oral. Posteriormente, com a mudança de governo, em abril de 1978, o hospital passou a ser subordinado e mantido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e a UFPB assume a direção deste Sanatório, passando a ter a denominação de "Hospital Universitário Clementino Fraga". Desta forma, houve a ampliação no seu atendimento ao público em geral, haja vista a possibilidade de atendimento a outras patologias, pelo qual proporcionava aos acadêmicos de Medicina um campo de estágio e investigação. Logo, a superintendência deste nosocômio passou a ser de responsabilidade de Newton de Araújo Leite.

Entretanto, com a construção do Hospital Universitário Lauro Wanderley na UFPB, em 1973, o velho "sanatório" Clementino Fraga, paulatinamente, foi voltando à sua estrutura inicial, até em 1981; quando, o Governo do Estado, na tentativa de resgatá-lo, fez um convênio com a UFPB, cuja participação faria com que fosse melhorada a estrutura física, cabendo ao Estado o papel de financiador de recursos humanos, deixando, assim, o Serviço de Tisiologia vinculado, ainda, à UFPB. Nesse período, assume como diretor deste nosocômio Luiz Mário Régis Bezerra (1980 - 1989).

Esse pacto não foi consolidado e, durante sete anos, o Hospital Clementino Fraga, devido à ineficácia do acordo ora citado, teve de trabalhar sem condições de atendimento adequado. Nesse período de transição, aproximadamente em 1985, foi iniciado o atendimento ambulatorial aos portadores de HIV/Aids, sendo, inicialmente, um atendimento tímido em virtude do quantitativo pequeno de pacientes e, por outro lado, era uma época de grande estigmatização da aids. Assim, em 1988, o Governo do Estado, objetivando implantar um serviço de internação e estender o atendimento a essa parcela da população, ora estigmatizada, teve o seu serviço modificado através de uma pequena reforma na estrutura física, também insuficiente, para a verdadeira destinação da Instituição. A partir de 1988 foi oferecido, também, o atendimento aos usuários portadores de Hanseníase.

Em março de 1989 esta unidade de saúde passa a ser mantida pela Secretaria de Saúde do Estado da PB, cujo nome sofre modificação para "Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga", em concomitância com a inauguração do pavilhão Henfil (**Foto 3**), que ocorreu nesse período - março de 1989. O citado pavilhão foi destinado ao atendimento e tratamento de usuários portadores de HIV/Aids. A gerência da Instituição manteve-se com Luiz Mário Régis Bezerra até 1992.

Foto 3 - Placa de inauguração do pavilhão Henfil no CHCF.

Somente no ano de 1995, com inauguração em 1999 (**Foto 4**), o Hospital teve uma reforma geral e significativa, trazendo para a população atendida um serviço com maior qualidade e eficiência. Nesse interim, destacamos a implantação do Hospital Dia para os portadores de HIV/Aids; todavia, o funcionamento ocorreu de forma precária, contando, apenas, com dois leitos. Em 2003, uma nova reforma, sendo essa a última até os dias atuais, agregou muitos benefícios à Instituição, como a melhoria da estrutura física do citado Hospital Dia, que passou a ter quatro leitos masculinos e quatro femininos; assim como, a implantação de uma unidade de terapia intensiva, com seis leitos, destinada ao suporte crítico dos pacientes gravemente enfermos.

As gestões administrativas do CHCF ocorreram a seguir com Irismar Lôbo (1992 - 1996), Landaci Barbosa de Melo (1996 - 2003), Raul Costa Câmara Filho (2004 - 07/2007), Adriana Melo Teixeira (08/2007 - 03/2009), Rosineide Renovato Freire (04/2009 - 2010), Joana D'Arc Morais da Silveira Frade (2010 - 01/2011), Adriana Melo Teixeira (01/2011 - 08/2017), Thais Maíra de Matos (2017 - 04/2020) e Fernando Martins Selva Chagas (15/04/2020 até o presente momento).

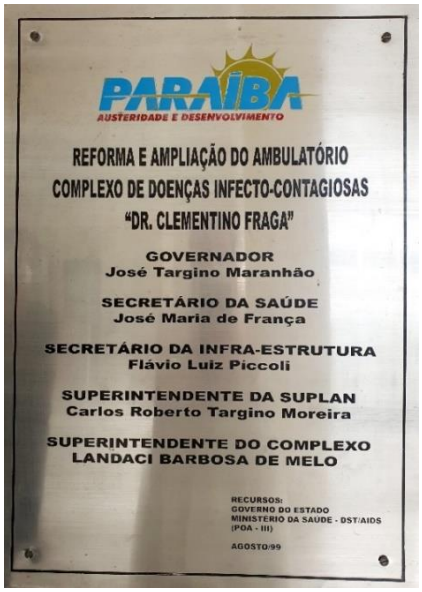


Foto 4 - Placa de inauguração da reforma e ampliação do ambulatório do CHCF.

Em atenção aos préstimos do Dr. Jackson Dervile Araruna, que foi cirurgião torácico e gestor do CHCF, o então médico pneumologista do serviço Dr. Beltrão Paiva Castelo Branco, sugeriu à gestão do serviço de saúde uma homenagem póstuma, em vistas ao seu falecimento, ocorrido em setembro de 2010, ao inaugurar o auditório do CHCF, nominando-o de "Auditório Jackson Dervile Araruna" (**Foto 5**).

Foto 5 - Placa de inauguração do auditório do CHCF.

A solenidade de inauguração do espaço ocorreu em 17 de dezembro de 2010, com aposição de placa e contou com a presença da viúva, dos filhos, inclusive o também médico e pneumologista Dr. Alexandre Augusto Ramalho Araruna, de outros familiares e dos funcionários da Instituição. Esse evento aproximou o Dr. Alexandre do hospital e o mesmo retorna posteriormente na gestão, como Diretor Técnico do CHCF durante o período de 2012 - 2014.

Dentro do projeto de expansão do CHCF, em 2012 houve uma reforma na área externa do complexo, constituindo um anexo, o qual recebeu o nome de Anexo "Nuno Henrique Maia Teixeira" (**Foto 6**), em homenagem ao pai da gestora do serviço naquele período - Adriana Melo Teixeira. Nesse anexo, atualmente, funcionam seis salas, a saber: ADT (Atendimento Domiciliar Terapêutico - serviço disponibilizado e destinado ao seguimento de portadores de HIV/Aids, a nível domiciliar, na grande João Pessoa/PB), sala para coleta de PCR para SarsCov2, consultório de Pediatria, gerência de segurança e ambulatório de saúde integral para travestis e transexuais.

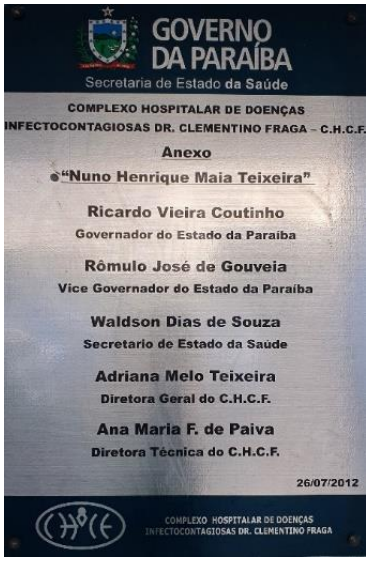


Foto 6 - Anexo "Nuno Henrique Maia Teixeira".

No contexto da imunodeficiência primária, na esfera estadual, o atendimento desses pacientes e a aplicação das medicações possuía um fluxo indefinido. Assim, o CHCF aceitou recebê-los e foi realizada uma pequena reforma estrutural no intuito de adaptar uma sala a esse tipo de atendimento, com inauguração em 21 de setembro de 2012 (**Foto 7**). Diante do pioneirismo desse tipo de atendimento no hospital, foram viabilizados recursos humanos especializados, como por exemplo, um médico especialista em Imunologia.

Em sua natureza acolhedora, o CHCF expandiu o atendimento às pessoas transexuais e travestis, implantando em 2013 o ambulatório de saúde integral para travestis e transexuais do Estado da PB no Anexo "Nuno Henrique Maia Teixeira".

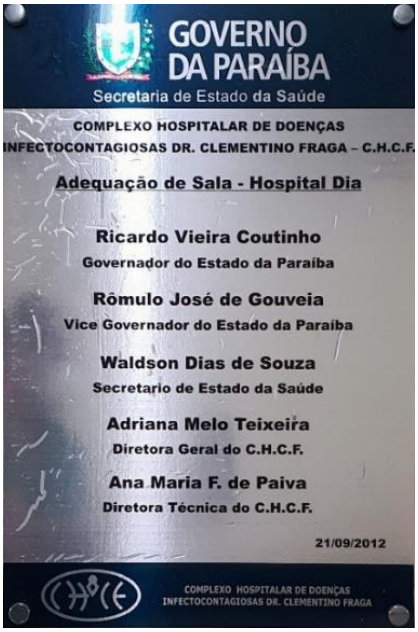


Foto 7 - Adequação de sala - Hospital Dia.

Ao longo desses anos de funcionamento, tem conquistado alguns feitos, tais como: a habilitação pelo MS, em 2018, e a ampliação dos atendimentos nas esferas da Endocrinologia e da Psicologia. Em abril de 2021, o ambulatório recebeu o nome de "Ambulatório de Saúde Integral Para Travestis e Transexuais Fernanda Benvenutty" em vistas a aprovação, por unanimidade, na Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba da lei 1.445/2020 de autoria da Deputada Estadual Estela Bezerra, que versava sobre esse pleito. Essa homenagem, segundo a própria Deputada em suas redes sociais[40], Fernanda Benvenutty (**Foto 8**) foi uma ativista que debatia e lutava pela cidadania da população LGBTQIA+, especialmente das mulheres trans e travestis.

Foto 8 - Fernanda Benvenutty[41].

[40] https://www.facebook.com/EstelaBezerraOficial/videos/461838558397378
[41] Fonte: https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2020/02/02/fernanda-benvenutty-morre-aos-57-anos-em-joao-pessoa.ghtml

O ambulatório desde sua inauguração até julho de 2021 (momento de coleta desses dados) teve um total de 8.143 atendimentos. Foram cadastrados 796 indivíduos, dos quais: 268 homens trans, 26 travestis e 502 mulheres trans[42].

Devido à demanda crescente, as instalações encontram-se insuficientes. Essa insuficiência tornou-se crítica com o advento da pandemia de covid-19, pois houve a necessidade de modificações internas e de fluxos de pacientes para tornar possível o recebimento de portadores dessa doença e, ainda, manter o atendimento que já existia.

Atualmente, o CHCF é referência para o atendimento de pessoas portadoras de TB e suas mais variadas apresentações, HIV/AIDS, hanseníase, hepatites virais e arboviroses. Em vistas ao final da pandemia e ao retorno do atendimento em sua rotina habitual, a gestão atual tem trabalhado junto à SES/PB no sentido de ampliar o atendimento na esfera da Infectologia em geral, mas para que se alcance esse objetivo necessário se faz ampliações, tanto na estrutura física, quanto em recursos humanos.

Ao nos direcionar ao atendimento específico à TB, o CHCF dispõe de acompanhamento ambulatorial com Pneumologistas, com atendimentos de segunda a sexta-feira, realizados com agendamento prévio dos pacientes. O acompanhamento ambulatorial é feito de forma multidisciplinar, com consultas de enfermagem e da vigilância epidemiológica. Quanto à necessidade de internamento por intercorrência durante o tratamento, o hospital possui leitos de internamento, divididos em alas masculina, com 30 leitos, e feminina, com 15 leitos. O atendimento em leito hospitalar é realizado por Pneumologistas e por equipe multidisciplinar, composta pela enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social e fonoaudiologia. Ao término do tratamento e o desfecho sendo a cura, o paciente finaliza o vínculo com a Instituição.

Com a feitura e descrição desse processo histórico do CHCF, destacamos a importância que essa instituição tem ao longo dos seus 62 anos diante do contexto das chamadas doenças negligenciadas. Nesse interim e no intuito de realçar o esforço do hospital, trazemos a definição dessas doenças para o MS:

> Doenças negligenciadas são enfermidades que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países. Como exemplos de doenças negligenciadas, podemos citar: dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose, entre outras. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas estão infectadas com uma ou mais doenças negligenciadas, o que representa um sexto da população mundial (BRASIL, 2010, p. 200).

[42] Dados estatísticos obtidos no CHCF, diretamente com o setor.

Ao finalizar esse capítulo, tentamos compor “a questão da TB” no intuito de evidenciar como essa doença é historicamente desafiadora, tanto na esfera da Saúde Pública, quanto nos caráteres social e econômico. Por outro lado, percebemos a dificuldade para controlá-la ao longo dos séculos, especialmente no que tange ao surgimento e manutenção das resistências ao tratamento específico. Isto posto, é perceptível a relevância desse estudo.

CAPÍTULO V - AS NARRATIVAS DE PORTADORES DE TUBERCULOSE RESISTENTE E A PROVAÇÃO DA FÉ

Jamais há de ter ela a cor saudável
Para que a carne do seu corpo goze,
Que o que tinha esse corpo de inefável
Cristalizou-se na tuberculose
(Cruz e Sousa, "Tuberculosa").

Ao longo dessa caminhada, discutimos vários temas de relevância nos cenários tanto das Ciências Humanas, quanto das Ciências da Saúde, destacando a relevância da integralidade do ser diante de uma doença; a religião e suas interfaces; os quesitos espiritualidade e religiosidade como componentes da dimensão espiritual; as possíveis doenças infecciosas descritas no Pentateuco; a evolução da medicina e os praticantes de cura e, perante esse apanhado de conhecimento, ouvimos pessoas portadoras de TB resistente, no intuito de avaliar seus conceitos de fé e enfrentamento de uma enfermidade descrita em textos bíblicos.

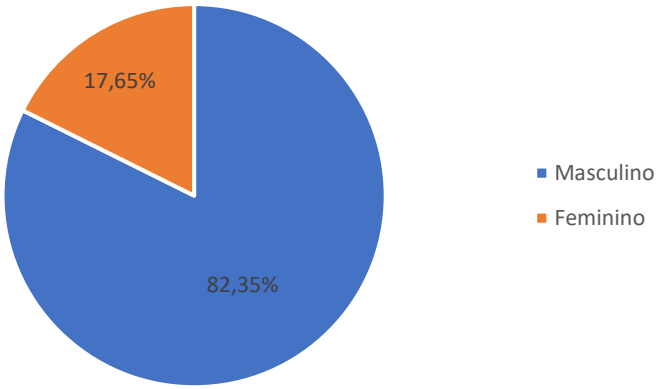
Essa pesquisa foi desenhada no intuito de promover uma interseção entre espiritualidade/religiosidade e medicina, especificamente no âmbito da infectologia, destacando as possíveis doenças infecciosas identificadas no Pentateuco e abarcando a TB, como exemplo de doença descrita em textos sagrados antigos, que perdura na atualidade.

Os dados utilizados nesse estudo foram extraídos do SITE-TB, em 23 de novembro de 2021, observando-se os critérios de inclusão e exclusão. Assim, a população elegível para essa pesquisa compôs-se de 17 casos de pacientes com diagnóstico confirmado de TBDR, que estão em tratamento e acompanhamento no CHCF, estado da PB, na citada data do levantamento desses dados.

Ao explorar as características dessa população, evidenciamos que o sexo masculino foi predominante, com 82,35% (14) dos casos e, apenas, 17,65% (3) foram do sexo feminino (**Gráfico 5**). Dados, esses, que corroboram com os descritos em literatura. Lomtadze e colaboradores (2009) reportaram 82% de ocorrência de TBDR em homens na República da Geórgia. Gler e colaboradores (2012) relataram 60% nas Filipinas. Liang e colaboradores (2012) citaram 71% na China. Becerril-Montes e colaboradores (2013) evidenciaram 59% em pessoas que vivem na fronteira entre o México e os Estados Unidos. Maruza e colaboradores (2011) descreveram dados similares em indivíduos masculinos no estado de Pernambuco (82,3%). Medeiros (2015) encontrou 73,9% no estado da PB entre 2003 e 2013. Silva e Silva

(2016) evidenciaram que dez dos 12 pacientes estudados em Juiz de Fora/MG eram do sexo masculino. A OMS (2020) identificou que 56% dos diagnósticos de TB foram em homens com idade superior a 15 anos, corroborando com os números apresentados; as mulheres corresponderam a 32% e as crianças (<15 anos) foram 12%.

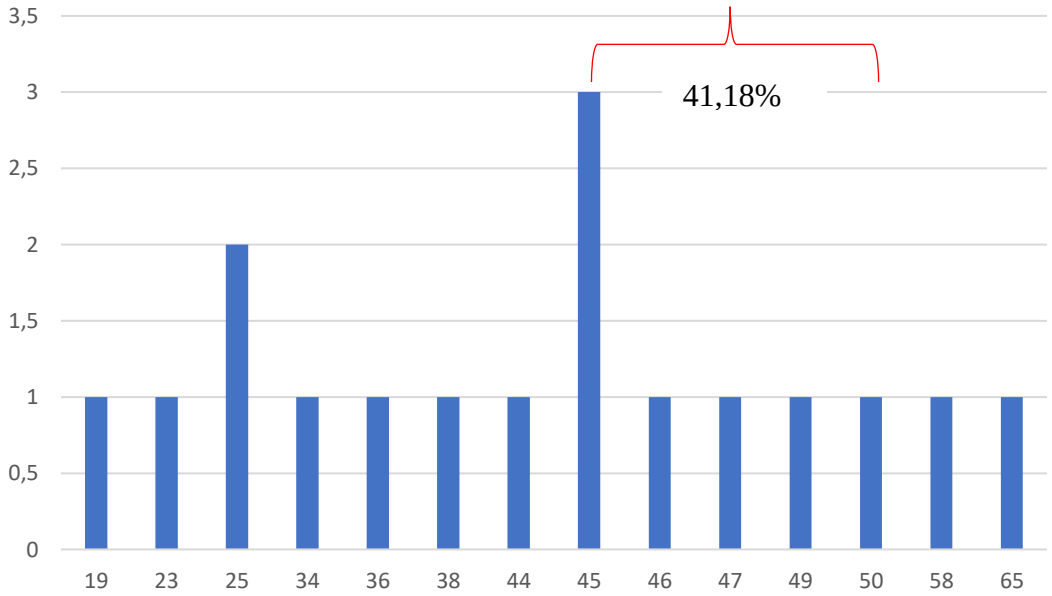
Gráfico 5 - Distribuição por sexo dos pacientes com TBDR em tratamento/acompanhamento no CHCF/PB em 23/11/2021.



Fonte: SITE-TB em 23/11/2021.

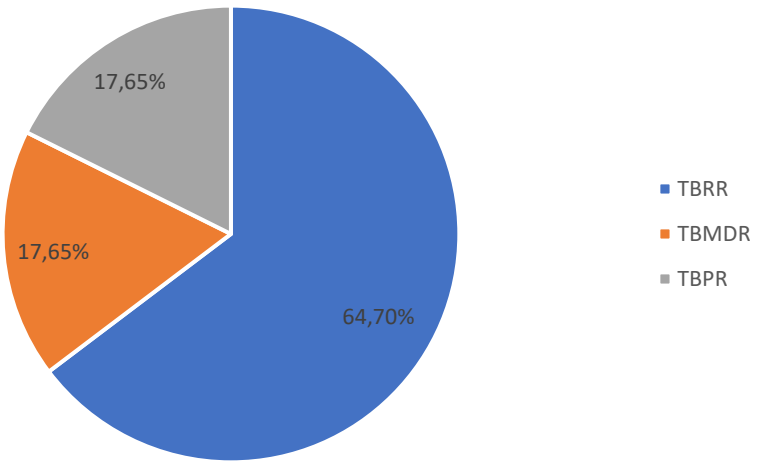
Quanto à faixa etária, houve uma distribuição dos casos entre as idades de 19 até 65 anos, com prevalência entre 45 e 50 anos, correspondendo a 41,18% (7) dos casos (**Gráfico 6**). Em corroboração, Medeiros (2015) identificou a faixa de 40 a 49 anos, com 46,4% dos casos de TBDR na PB entre 2003 e 2013. Em estado vizinho, Pernambuco, Maruza e colaboradores (2011) evidenciaram significância estatística na faixa etária de 30 a 49 anos. Silva e Silva (2016) encontraram a idade média de 36 anos, variando entre 24 e 57 anos. Gler e colaboradores (2012) revelaram que a faixa de 25 a 44 anos alcançou 56% dos casos. Essa faixa etária contempla a população economicamente ativa e, em sua maioria, provedores de seus lares, com repercussão direta no núcleo familiar. Por outro lado, na China, Liang e colaboradores (2012) reportaram 58,1% para TBMDR e 51,8% para TB não MDR em indivíduos com idade inferior a 45 anos.

Gráfico 6 - Distribuição por idade dos pacientes com TBDR em tratamento/acompanhamento no CHCF/PB em 23/11/2021.



Fonte: SITE-TB em 23/11/2021.

Gráfico 7 - Distribuição por padrão de resistência dos pacientes com TBDR em tratamento/acompanhamento no CHCF/PB em 23/11/2021.



Fonte: SITE-TB em 23/11/2021.

Quanto ao padrão de resistência inicial, predominou a TBRR (resistente à rifampicina), com 64,70% (11) dos casos e se equivalem a TBMDR (multidroga resistente) e a TBPR (polirresistência), com 17,65% (3) dos casos para cada uma (**Gráfico 7**). A superioridade da TBRR pode ser explicada, à princípio, pela disponibilização do TRM-TB em alguns serviços de saúde na capital, como por exemplo o próprio CHCF. Conforme discutido no capítulo anterior, trata-se de um exame com diagnóstico rápido e já informa a presença ou não de resistência à rifampicina, mas, apenas, a essa droga.

Medeiros (2015), ao analisar os casos de TB resistente no estado da PB entre 2003 e 2013, verificou a ocorrência de 69 casos de TBDR no citado período, com uma prevalência de 0,5%. Em acréscimo, esse estudo evidenciou as seguintes cifras de acordo com o padrão de resistência: 17,4% para monorresistência, 14,5% para TBPR e 68,1% para TBMDR. Esses achados destoam do atual estudo, uma vez que identificamos superioridade da TBRR, possivelmente relacionada à maior testagem por meio do TRM-TB, que não estava disponível à época dos diagnósticos que compuseram o estudo anterior. Isto é, essa metodologia diagnóstica só foi implantada na PB no ano de 2015; até então, utilizava os meios diagnósticos convencionais, como a cultura para BK. Todavia, a redução dos casos de TBMDR na PB não se configura, especificamente, em melhoria no cenário de resistência; pois, houve incremento na quantidade de casos de TBRR e reforçamos que é possível a evolução desse padrão de resistência para TBMDR.

Ao referenciar o município de residência, a capital João Pessoa destaca-se, com 52,94% (9) dos casos. Dois municípios da região metropolitana surgem a seguir: Bayeux (17,65% / 3) e Santa Rita (11,76% / 2). Ao se considerar o montante de casos da região metropolitana de João Pessoa, totalizamos 14 (82,35%). Os municípios do interior do estado que notificaram casos foram Patos, Conde e Esperança, representando um quantitativo menor, com um caso para cada uma das referidas cidades. Nessa perspectiva, é possível questionar se os outros municípios do interior do estado possuem recursos humanos e/ou aparato técnico que viabilizem esse diagnóstico o mais precocemente possível. Outrossim, destacamos a probabilidade do viés de endereçamento que, porventura, algum paciente tenha utilizado o endereço de um parente que reside em João Pessoa no intuito de facilitar o acesso aos serviços de saúde na capital.

Ao analisar o tipo de entrada[43], percebemos que a maioria foi cadastrada como 'caso novo', ou seja, notificados pela primeira vez no sistema, com 64,70% (11) dos casos, seguido de 'após abandono', com 35,30% (6) dos casos. Esse ponto tem significado positivo no cenário de resistência, pois revela que a maioria dos casos não apresentou histórico de abandono ao tratamento, contudo pode refletir outra característica de elevada importância, que é a detecção de pacientes com diagnóstico inicial já com resistência a uma ou mais drogas da primeira e/ou segunda linha de tratamento. Silva e Silva (2016) corroboraram esses dados ao evidenciar que sete dos 12 pacientes foram classificados como 'caso novo' e cinco compunham o grupo de 'retratamento ou tratamento anterior'. Ou seja, a maioria, também, foi de novos cadastros.

Quanto aos fatores favorecedores de abandono ao tratamento, referenciamos o uso abusivo do álcool e observamos esta ocorrência em 35,30% (6) dos casos. Essa associação entre TB e álcool já está bem consolidado em literatura como facilitador de abandono e, consequentemente, surgimento de resistência. O MS (BRASIL, 2019) alerta que a adesão ao tratamento não é um fenômeno isolado ou pontual, mas um processo multifatorial que apresenta características individualizadas e que exigem respostas diferenciadas. Assim, a falta de adesão e/ou o abandono ao tratamento específico da TB está relacionada à fatores ligados aos serviços de saúde, ao contexto social, ao tratamento em si, à doença e ao doente e, aqui, ressaltamos o uso abusivo de substâncias psicoativas, dentre elas o álcool. Maruza e colaboradores (2011) confirmaram e demonstraram significância estatística nessa associação. Por outro lado, Medeiros (2015), Becerril-Montes (2013) e Gler (2012), também, discutiram sobre essa relação em seus estudos, mas não evidenciaram ser significante estatisticamente.

A coinfecção com o HIV esteve presente em 17,65% (3) dos casos. A OMS (2020) identificou um quantitativo de 8,2% de pacientes coinfectados com TB e HIV em 2019. Medeiros (2015) observou essa associação em 14,5% dos casos, mas não evidenciou significância estatística; bem como, ressaltou a relevância desse cenário por favorecer a disseminação e a manutenção da TB pelo mundo. Por outro lado, Becerril-Montes et al. (2013) não relataram essa associação. Guimarães e colaboradores (2012) ressaltaram que, em se tratando de TB e AIDS, a vulnerabilidade dos indivíduos se dá em não se perceberem em risco, diminuindo a prática do autocuidado, além de terem uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

[43] Corresponde a um quesito que deve ser preenchido ao se notificar um caso de TBDR no SITE-TB, indicando se é a primeira notificação dessa pessoa ou não. É um item que pode evidenciar abandono prévio ao tratamento.

Quanto aos entrevistados, durante o período de 02 de agosto de 2021 a 03 de março de 2022, foi possível o acesso a seis (6) pacientes no CHCF; desses, cinco (5) concordaram em participar do estudo e um (1) recusou-se. Foram denominados **Sujeito 1**, **2**… e **5**, tabulados conforme quadro a seguir (**Quadro 11**). O questionário para coleta de dados (**Anexo I**), que foi estruturado em três variáveis: demográficas, patológicas e religiosas, viabilizou reunir as informações/narrativas dos pacientes que anuíram em participar das entrevistas por meio de gravações.

De acordo com as variáveis demográficas dos participantes (**Quadro 11**), observamos que a maioria foi do sexo masculino (60% / 3), com faixa etária distribuída de 43 a 49 anos (100% / 5). Esses itens estão consonantes com as discussões anteriores. Quanto à cor da pele/raça, 80% (4) se declararam pardos. A cor da pele apresenta variações de acordo com o local do estudo. Lomtadze e colaboradores (2009) reportaram que 100% dos indivíduos eram caucasianos na República da Georgia. No Brasil, não há predominância de raças, mas miscigenações. Medeiros (2015) identificou 57,1% de pardos, o que se mantém no atual estudo. Maruza e colaboradores (2011) classificaram em brancos e não brancos, obtendo predomínio do último, mas sem relevância estatística, no Estado do Pernambuco.

Quanto à procedência, 60% (3) eram da capital - João Pessoa. Ponto argumentado anteriormente. Ao se pesquisar o estado civil, a maioria referiu ser solteiros (60% / 3) (**Quadro 11**). Gler e colaboradores (2012) descreveram que estar casado foi mais frequente em seu estudo. Em contrapartida, Maruza e colaboradores (2011) corroboram ao relatar que estar desacompanhado (solteiro, separado ou viúvo) é significativo para falha no tratamento da TB em soropositivos. Dentre os solteiros, dois (40%) possuem histórico de abandono ao tratamento. Por conseguinte, estar casado/acompanhado seria benéfico em vistas ao suporte emocional e de cuidado diante do enfrentamento da doença, melhorando a adesão e evitando o abandono.

Quadro 11 - Composição dos sujeitos entrevistados.

Sujeito	Sexo	Idade	Cor da pele/Raça	Procedência	Nível de escolaridade	Estado civil	Profissão	Padrão de resistência	Uso de álcool	Uso de ilícitos	Abandono do tratamento
1	M	45	Branca	João Pessoa	Analfabeto	Solteiro	Lavador de carros	TBPR	Sim	Sim	Sim
2	M	45	Parda	João Pessoa	Analfabeto	Solteiro	Pedreiro	TBMDR	Sim	Sim	Sim
3	F	49	Parda	Santa Rita	Analfabeto	União estável	Feirante	TBMDR	Sim	Não	Sim
4	M	45	Parda	Conde	Fundamental incompleto	Solteiro	-	TBMDR	Sim	Sim	Não
5	F	43	Parda	João Pessoa	Fundamental incompleto	Casada	Empregada doméstica	TBMDR	Não	Não	Não

Fonte: Dados da pesquisa “Medeiros, 2022”.

Ao se investigar a profissão, observamos uma variedade, mas relacionadas diretamente com baixo nível de escolaridade - analfabetos (60% / 3) (**Quadro 11**). O grau de instrução destoa na dependência do local da pesquisa, ou seja, Becerril-Montes e colaboradores (2013), na Fronteira México/EUA, informaram que 61,2% possuíam ensino médio e Gler e colaboradores (2012) referiram 54% para os indivíduos com mais de oito anos de estudo e universitários nas Filipinas. No Brasil, Medeiros (2015) identificou que 64,3% dos casos possuíam até o ensino fundamental completo. Descrição equivalente fizeram Maruza e colaboradores (2011) e evidenciaram ser significativo. Silva e Silva (2016) relataram que oito dos 12 pacientes avaliados possuíam até ensino fundamental incompleto. O que reforça os achados de baixo grau de instrução na PB e dispara questionamentos quanto às condições econômicas, isto é, menores rendimentos geram condições de vida ruins e, portanto, vulnerabilidade.

Ao se verificar as variáveis patológicas, destacamos a superioridade do padrão de resistência para TBMDR, com quatro casos - aqui destacamos que houve a evolução de um caso de TBRR para TBMDR[44]. No levantamento dos dados no SITE-TB em 23 de novembro de 2021, foram identificados três casos de TBMDR, mas durante a coleta dos dados encontramos quatro portadores desse padrão de resistência. Essa evolução do citado padrão evidencia o quanto a TB é dinâmica e com potencialidade de risco para desfechos desfavoráveis. Assim, foi possível entrevistar todos os portadores de TBMDR identificados no levantamento dos dados no referido sistema.

Ao abordar o uso de outras substâncias, verificamos que três deles (60%) fumam ou já fumaram, quatro (80%) fazem uso de álcool e três (60%) utilizam drogas ilícitas. Quanto às comorbidades, um (20%) é portador de diabetes mellitus, nenhum dos entrevistados teve diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, dois (40%) são coinfectados com o vírus da hepatite C e, desses dois, um também é coinfectado pelo HIV, ou seja, é portador de três patologias - TBMDR, hepatite viral C e HIV.

Outro quesito investigado dentro das variáveis patológicas foi o abandono ao esquema terapêutico da TB. A maioria (60% / 3) já abandonou o tratamento mais de três vezes. Os demais (40% / 2) não o fizeram. É pertinente acrescentar que os indivíduos que não relataram esse tipo

[44] Na data da entrevista, em revisão aos dados médicos em prontuário, verificamos a evolução do padrão de resistência de um dos entrevistados, que era de TBRR no momento do levantamento dos dados no SITE-TB (23/11/2021) e passou para TBMDR em 03/03/2022.

de abandono tiveram seus diagnósticos de resistência nesse momento, compondo, então, seus tratamentos iniciais diante do cenário de resistência.

Ao discutir sobre o perfil dos portadores de TB resistente, que estão em tratamento e acompanhamento no CHCF, observamos que há similaridade com os perfis evidenciados nos estudos que complementaram esse debate; bem como, com os dados reportados pela OMS em 2020. O recorte de pacientes dessa composição e que foi possível entrevistar apresentou-se de forma homogênea, contemplando ambos os sexos.

5.1 A espiritualidade no enfretamento da tuberculose

Ao discutirmos a espiritualidade diante de uma doença, no caso a TB, estamos buscando evidências de sua atuação e a possibilidade de convertê-la em uma ferramenta de apoio e suporte pela qual as pessoas adoecidas poderiam utilizar no enfrentamento de suas enfermidades. Para tanto, buscamos maiores debates e discussões nessa temática. Iniciamos com os conceitos elencados por Inoue e Vecina (2017) ao fazerem uma revisão de literatura sobre espiritualidade e/ou religiosidade e saúde

> Espiritualidade envolve o domínio existencial, a essência do que é ser humano, direciona questões sobre o significado da vida, reflexão e a busca pessoal está relacionada com o transcendente ou o sagrado, não sendo assim, um sinônimo de uma doutrina religiosa e não necessariamente presentes em crenças ou práticas religiosas, ou seja, a espiritualidade pode estar ou não vinculada a uma religião. As pessoas podem ter crenças individuais sem se voltar a um Deus ou a crenças e atividades específicas de uma religião.
> A religiosidade é um modo de um indivíduo expressar a sua espiritualidade através da adoção de valores, crenças e práticas rituais, pelas quais os símbolos religiosos são vivenciados. Engloba a sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo.
> Embora religiosidade e espiritualidade não sejam sinônimos, pode haver uma grande sobreposição entre eles (INOUE; VECINA, 2017, p. 128).

Ao nos referir a espiritualidade e formação humana, trazemos para argumentar Röhr (2011), em artigo homônimo, no qual aborda a espiritualidade de um prisma filosófico-antropológico e pressupõe que o conceito de espiritualidade só pode afastar-se dos modismos esotéricos e mediáticos na medida em que se insere numa compreensão do ser humano na sua integralidade e multidimensionalidade. Nesse sentido, diferencia as cinco dimensões básicas e um número inexato de dimensões temático-transversais - já aprofundadas e contextualizadas no

capítulo um. Destacamos que o autor desenvolve um entendimento da dimensão espiritual a partir dos fenômenos liberdade, verdade e amor e, dessa forma, compreende o processo da humanização e da formação humana como uma união continuamente mais coesa de todas as dimensões.

Possebon (2017) faz uma discussão sobre espiritualidade e saúde a partir da experiência grega arcaica, concluindo que esse homem primitivo se entendia como único, mas pluridimensional e que a sua plenitude dependia da harmonia entre suas partes constituintes. Ainda, segundo o citado ensaio, destacamos que a doença seria uma desarmonia entre essas partes. Assim, ao aplicar esses conceitos em relação à TB na atualidade, poderíamos inferir que estamos diante de pessoas adoecidas e em desarmonia com suas partes constituintes, o que para Röhr (2011) seriam uma falta de união e/ou coesão entre as dimensões básicas e temático-transversais.

Anjos (2008) traz a concepção de que a "espiritualidade é o conjunto de referenciais e práticas com que se cultivam os valores do espírito. Esse conceito expressa notadamente a ação do ser espiritual, enquanto desenvolve essa sua característica ontológica". Prossegue, elencando que "as espiritualidades acompanham as religiões, enquanto oferecem um horizonte de sentidos e significados mais abrangentes em vista da interpretação e compreensão das realidades e particularmente da vida humana". Ao compreender a espiritualidade com dinamicidade ou, "a própria dinâmica que impulsiona o ser humano consciente em seus conhecimentos e escolhas vitais", o autor ressalta que "esta conceituação nasce de uma ênfase ao espírito vivificante, pelo qual os seres não apenas têm vida, mas têm também vitalidade criativa. A espiritualidade é uma condição humana da qual não se escapa".

Lemos (2019) reporta-se à espiritualidade como uma dimensão que está diretamente relacionada com a forma como o ser humano doa sentido à realidade, não implicando nenhuma ligação com alguma realidade superior e estando diretamente relacionada com a capacidade desse ser em auto transcender, em enfrentar o sofrimento e a dor, em criar valores e encontrar significado e sentido às diversas situações de sua existência. Assim, destaca que a espiritualidade pode influenciar decisões, auxiliar no processo de aceitação do sofrimento e intervir de forma direta na saúde física e mental.

Em corroboração, Oliveira e Junges (2012) reforçam que a espiritualidade e a religiosidade se apresentam como importantes experiências do sujeito, estando relacionado

como a forma que esse indivíduo sente e interpreta e o que mantem ou desenvolve os comportamentos saudáveis ou desorganizados. Gomes e colaboradores (2014) evidenciam que

> A espiritualidade é a dimensão peculiar de todo ser humano e o impulsiona na busca do sagrado, da experiência transcendente na tentativa de dar sentido e resposta aos aspectos fundamentais da vida. A espiritualidade não é monopólio das religiões ou de algum movimento espiritual. Ela é inerente ao ser humano. É a dimensão que eleva a pessoa para além de seu universo e a coloca frente as suas questões mais profundas, as que brotam da sua interioridade, no anseio de encontrar resposta às perguntas existenciais: de onde vim? Para onde vou? Qual é o sentido da minha vida? Que lugar eu ocupo neste Universo? Que propósito tem minha vida? Por que aconteceu isso comigo? Visto que a questão fundamental do ser humano contemporâneo é a de busca de sentido (GOMES et al., 2014, p. 109).

Desse modo, os supracitados autores consideram que a espiritualidade é a dimensão mais abrangente, indo além da religiosidade e da religião. Referem, ainda, que em vistas aos mecanismos neurais, não cabe ao indivíduo fazer escolha pela espiritualidade, sendo esta uma realidade dada e inerente a cada sujeito. Por fim, caberá ao sujeito dar espaço e aproveitar as oportunidades para o desenvolvimento de sua espiritualidade, o que lhe possibilitará maior ampliação das capacidades de lidar com eventos estressores e as questões da própria vida. Por outro lado, destacam, que a não expansão desta capacidade poderá deixá-lo mais suscetível ao adoecimento tanto físico, quanto emocional.

Diante dessas colocações, percebemos que o conceito de espiritualidade é bastante amplo, podendo englobar outros termos com o qual se confunde, mas não o contrário. É prudente destacar que, dentro do ambiente de pesquisa em saúde, a diferenciação entre os termos religiosidade e espiritualidade é mais intrincado, muitas vezes faltando clareza nas suas definições, especialmente entre os sujeitos da pesquisa. Aqui, justificamos o uso dos dois termos nesse estudo e convencionamos que, dentro do contexto clínico, o termo espiritualidade deve abarcar ambas as pessoas religiosas e as não religiosas, podendo, inclusive, emergir de autodefinição de quem a experimenta.

Ao longo da história, estas concepções de espiritualidade e sua relação com a saúde e a cura são percebidas. Oliveira e Junges (2012) afirmam, no que se refere ao campo da psicologia, que, inicialmente, esse fenômeno era relacionado ao desenvolvimento de psicopatologias, devido às doutrinas religiosas serem consideradas alienantes e repressoras da sexualidade. Nesse sentido, sobre o aspecto da espiritualidade e da religiosidade nos processos de saúde/doença, Fleck e colaboradores (2015) confirmam que no avanço da ciência, com base em

investigações epidemiológicas sistematizadas, evidencia-se que as atribuições de cura imputadas à espiritualidade eram apenas um processo de divinização do desconhecido. Segundo os referidos autores, atualmente, predominam no campo da ciência as concepções racionalistas e mecanicistas. Em contraposição a essa tendência, outras linhas teóricas buscam promover uma compreensão desses fenômenos procurando identificar como eles atuam na dinâmica social dos indivíduos, influenciando o seu comportamento, a sua concepção de si mesmo, do outro, do mundo que o rodeia e até mesmo a sua saúde. Desse modo, também, buscamos essas compreensões diante dos portadores de TBDR.

Todavia, Lemos (2019) destaca que os significados conferidos pelos pacientes à saúde/doença guardam marcas da tradição judaica-cristã por relacionar saúde com salvação e doença com a presença de agentes do mal. Essa forma de percepção pode contribuir para que a espiritualidade seja uma força positiva nos processos de recuperação da saúde e de ressignificação das doenças. Ou seja, a vida, embora ameaçada pela doença, que pode indicar aproximação da morte, pode manter-se em um quadro de significados compreensíveis e aceitáveis, uma vez que a morte pode não ser o fim de tudo, pois a salvação que representa a continuidade da vida também está presente no mesmo processo.

A importância da abordagem espiritual tem sido estudada no contexto de doenças crônicas (SILVA, 2017; PIETROBON, 2018; TOSTES, 2018; FONSECA, 2019; CAMPOS, 2020; ZACARON, 2020), como os portadores de neoplasias (FORNAZARI; FERREIRA, 2010; JARAMILLO, 2019; KELLY et al., 2022), e na terminalidade da vida (RODRIGUES, 2019). A presença de uma enfermidade revela a fragilidade do corpo físico, por vezes associando-se limitações e dependências de outrem. Em acréscimo, evidencia uma sociedade com precariedades e dificuldades desse ser adoecido em acessar os serviços de saúde. Nesse cenário, evidenciamos a TB, enquanto doença que requer afastamento laboral, distanciamento físico e uso de máscaras no intuito de reduzir a sua propagação, uma vez que se trata de uma doença de transmissão por via aérea. Outrossim, há questões de ordem estigmatizante, que perdura ao longo dos séculos.

Historicamente, há um intenso esforço quanto à desmistificação da patologia e da figura do indivíduo com esse diagnóstico. A TB, de fato, passou a se caracterizar como um sintoma evidente de miséria social, mesmo com a migração para outras camadas da população, o traço da deterioração moral continua presente ao nível da percepção popular da doença. Está

associada à fome e à incapacidade de prover recursos mínimos à sobrevivência, persistindo, no ilusório social, o processo de estigmatização da TB e das pessoas doentes (PÔRTO, 2007).

Ao nos reportar para o tratamento da TB, observamos que há alguma dificuldade por ser prolongado e, em adição, existe a possibilidade de efeitos adversos, o que afeta o equilíbrio biopsicossocial dos pacientes. Quando elegemos os portadores de TBDR, especulamos que essas colocações podem expressar-se mais profundamente, favorecendo a formulação de diversos questionamentos fundamentais, como o sentido da existência humana, a desilusão em relação à própria autonomia e a impotência frente ao diagnóstico.

Silva e Silva (2016) destacaram a importância da coletividade sobre os pacientes em tratamento para TB

> Os participantes da presente pesquisa mostraram-se influenciados pela coletividade, percebendo nos colegas em tratamento a construção subjetiva da representação de uma doença que os põe em decadência por conta do tratamento, e não pela condição patológica, reafirmando o senso comum de que somente os mais fortes conseguem concluir o tratamento, sendo de certa forma esperado ou aceitável seu abandono (SILVA; SILVA, 2016, p. 1240).

Lemos (2019) observa que nos últimos anos tem-se percebido tanto na sociedade em geral, como nos ambientes médicos, uma conscientização de que a medicina convencional é deficiente para solucionar determinadas doenças, exigindo diferentes perspectivas e abordagens sobre o processo saúde/doença. Em sua investigação, essa autora constatou que a espiritualidade e a religiosidade se apresentam como influências positivas na busca pela saúde e que, também, há necessidade de se capacitar os profissionais na área da saúde para lidar melhor com os doentes, os familiares e os outros profissionais. Nessa direção, é perceptível a necessidade de ampliar a rede de apoio durante o tratamento, objetivando reduzir os riscos de efeitos adversos e, especialmente, o temido abandono. Assim, nosso estudo pretende ofertar informações, por meio das narrativas dos portadores de TBDR, sobre a atuação da espiritualidade/religiosidade no enfrentamento dessa enfermidade.

5.2 Análise das narrativas

O presente estudo objetivou analisar as narrativas de portadores de TB resistente diante de sua fé. Para tanto, foi construído um questionário semiestruturado para a coleta dos dados,

disposto em três partes, nominadas variáveis demográficas, patológicas e religiosas (**Anexo I**). A terceira parte desse questionário abordou o que convencionamos chamar de variáveis religiosas no intuito de buscar o conhecimento dos sujeitos da pesquisa sobre fé, religiosidade e espiritualidade diante do adoecimento pela TBDR. Nesse sentido, foi composta por 11 itens, a saber:

1. O(A) senhor(a) tem fé? 1 ( )Sim; 2 ( ) Não
2. O que entende por fé?
3. Qual a religião de formação/de escolha?
4. Mudou de religião? 1 ( )Sim; 2 ( ) Não. Se sim, quantas vezes?
5. Qual (is) razão (ões) para a mudança?
6. A mudança está relacionada a doença atual? 1 ( )Sim; 2 ( )Não
7. Qual a visão da doença atual?
8. Quanto à resistência e a necessidade de prolongar o tratamento, qual o seu pensamento sobre isso?
9. Pratica alguma atividade ligada à espiritualidade e/ou religiosidade? 1 ( )Sim; 2 ( ) Não
   Se sim, qual atividade?
   Qual a frequência?
10. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar a doença?
11. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar o tratamento prolongado?

O contexto investigado inclui a fé, a religiosidade e a espiritualidade perante o enfrentamento da TB resistente, enquanto doença citada nos textos bíblicos, e seu tratamento prolongado. Assim, no direcionamento inicial da entrevista buscamos desenvolver a questão da fé desses indivíduos, se estava presente e qual a compreensão individual desse tema.

A seguir, pesquisamos a religiosidade/espiritualidade por meio de suas confissões passadas e atuais e se houve mudança. Nessa temática, tentamos construir o racional espiritual de cada um dos entrevistados e se houve busca por algo que lhes faltava, especialmente relacionada à TB. Por outro lado, exploramos a visão pessoal sobre a enfermidade e a necessidade de prolongar o tratamento em virtude do diagnóstico de resistência para, então, confrontar com os conceitos de religiosidade/espiritualidade e suas possíveis conexões com as narrativas bíblicas relacionadas com a TB. Por fim, ofertamos um momento para o qual o entrevistado quisesse expressar algum comentário.

Nessa perspectiva, as entrevistas foram realizadas, gravadas, transcritas e estudadas exaustivamente. A análise dessas narrativas foi realizada manualmente, utilizando-se a própria estrutura temática do questionário para a coleta de dados (**Anexo I**) para categorizá-las em três blocos discursivos: fé, doença e enfrentamento.

5.2.1 Fé

Para essa categoria, os sujeitos foram indagados quanto a presença ou ausência de fé. Todos confirmaram a presença, conforme transcrições abaixo. Ao discutir sobre fé no capítulo um, compreendemos tratar-se de um instrumento que conduz a razão para outro patamar, não necessariamente de cunho religioso, conforme reforça Amatuzzi (2003), ao recordar que todos nós temos uma fé, que suscita sabor a nossa existência.

Nesse primeiro momento de confronto individual com a fé, (**Quadro 12**) a maioria já faz uma associação direta com Deus (**Sujeitos 1**, **3** e **5**), imprimindo uma natureza espiritual/religiosa. Tavares e colaboradores (2016), ao discutirem sobre espiritualidade, religiosidade e saúde, já iniciam pontuando que

> A experiência do sagrado sempre mobilizou o ser humano, dando significado e propósito para a vulnerabilidade característica da vida, cujos mistérios, experiências abstratas, subjetivas e noéticas foram traduzidas em valores, crenças e ritos. Tais fatos influenciaram o aparecimento de diversas religiões, capazes de oferecer conforto espiritual, orientação e satisfação emocional (TAVARES et al., 2016, p. 85-86).

Quadro 12 - O(A) senhor(a) tem fé?

Sujeito 1	*Fé em Deus eu tenho.*
Sujeito 2	*Tenho.*
Sujeito 3	*Tenho.*
Sujeito 4	*Tenho. Tenho fé em Deus, sim, com certeza.*
Sujeito 5	*Tenho muita fé em Deus.*

Fonte: Dados pesquisa "Medeiros, 2022".

Tais colocações poderiam balizar a reatividade dos entrevistados no que tange o momento de vulnerabilidade física, buscando em Deus a força para justificar sua fragilidade. Por outro lado, em sua simplicidade, já trazem em si essa relação imbricada entre fé e Deus sem a necessidade de dissociá-la. Contudo, é pertinente pontuar que, dentro do campo das vivências e enquanto pesquisadores, observamos que a composição desses adoecidos apresentou um nível de escolaridade muito baixo, o que pode ter favorecido a destacada interpretação.

Ao nos aprofundar nessa temática, na tentativa de investigar o conceito individual de fé (**Quadro 13**), nos deparamos com a totalidade das oitivas sem evidenciar efetivamente tal conceito, ou mesmo algum relato que pudesse desencadear um raciocínio conceitual. Todavia, o **Sujeito 4** compreende que existe alguma concepção, mas que não sabe relatar: "(...) Tem palavras para isso, mas eu não sei". Dentro das narrativas expostas, podemos verificar que a fé possui relação direta com Deus, traduzida por: escutar, crer, confiança, cura (benção). Assim, a fé seria um meio de acessar Deus para alcançar a cura de sua enfermidade, como citado: "(…) Você crer e confiar que tudo aquilo que você pede a Deus... Ele... Devagarzinho, Ele faz. É assim que é" (**Sujeito 2**), "O que eu entendo por fé é eu crer em Deus e crer que Ele vai me dar minha cura. (…)" (**Sujeito 4**) e "(...) Deus vai me tirar dessa" (**Sujeito 5**).

Quadro 13 - O que entende por fé?

Sujeito 1	*É só... É só... Escutando a palavra de Deus, né, que eu vejo a fé, né.*
Sujeito 2	*Fé? Eu tano aqui, conversano com a senhora. O significado da fé... Você crer... Você crer e confiar que tudo aquilo que você pede a Deus... Ele... Devagarzinho, Ele faz. É assim que é.*
Sujeito 3	*Deus vai me ajudar... Que Deus dê muitos anos aos meus filhos.*
Sujeito 4	*O que eu entendo por fé é eu crer em Deus e crer que Ele vai me dar minha cura. Assim, não sei mais... Falar mais algumas coisas assim... Tem palavras para isso, mas eu não sei.*
Sujeito 5	*Fé que... Que Deus vai me tirar dessa.*

Fonte: Dados da pesquisa "Medeiros, 2022".

No caminho que se desenha, por meio dessas narrativas acerca da fé, podemos evidenciar a força espiritual/religiosa que a move. Ao partir desse pressuposto, retornamos ao

Pentateuco, onde os autores bíblicos relacionam a doença, antes de tudo, a punição divina pelas transgressões aos preceitos da Aliança[45], pois a moral dessa aliança é, antes de tudo, uma resposta a uma iniciativa absolutamente gratuita de Deus e ser obediente a essa lei é um reconhecimento daquilo que Deus fez primeiro. Entretanto, destacam uma divindade dual, pois tanto pune, quanto abençoa. Ou seja, permite o surgimento da doença e, também, a cura (FIGUEIREDO, 2009). Em Ex 15.26

> Ele disse: "Se ouvires atentamente a voz do Senhor, teu Deus, se fizeres o que é direito aos seus olhos, se prestares atenção aos seus mandamentos, se guardares todos os seus decretos, não te infligirei nenhuma das moléstias que infligi ao Egito, pois eu sou o Senhor que te curo." (TEB, 2020, p. 121).

Assim, podemos inferir que, pela herança cristã, os entrevistados aguardam a benção da cura ou, pelo menos, a força para buscar essa cura como uma compensação por confiarem na divindade.

Ao se avaliar o perfil religioso, a maioria declarou-se católicos e, apenas, um evangélico (**Quadro 14**). Desse modo, houve uma homogeneidade dos sujeitos na crença cristã. O que reflete o perfil confessional da população brasileira, que é majoritariamente cristã. Contudo, Nunes e colaboradores (2016) revelam que os dados sobre identidade religiosa nos últimos censos demográficos brasileiros demonstram uma curva ascendente de modificação desse perfil na nossa população e que estudos tem analisado as dimensões sociais desse fenômeno, apontando para uma forte relação entre diferentes identidades religiosas e nível de instrução, gênero, idade e regiões geográficas.

Quadro 14 - Qual a religião de formação/de escolha?

Sujeito 1	*Católica. Fui coroinha.*
Sujeito 2	*Católica.*
Sujeito 3	*Toda vida foi católica.*
Sujeito 4	*Até hoje, católica.*
Sujeito 5	*Evangélica. Assembleia.*

Fonte: Dados da pesquisa "Medeiros, 2022".

[45] Uma aliança servia para fundar e regulamentar as relações entre grupos humanos. Foi encontrado texto de alianças concluídas, no antigo Oriente, seja entre reis iguais, seja entre suseranos e seus vassalos, e Israel pode utilizar essa experiência política para expressar o vínculo que o unia a Deus e que unia as tribos entre si.

A religião de formação dos entrevistados não permaneceu a mesma para três deles (**Quadro 15**), havendo, ao longo da vida, a necessidade de mudança de credo. Para nos clarificar sobre o trânsito religioso, buscamos Nunes e colaboradores (2016), em sua investigação baseada na análise dos resultados de uma pesquisa de cunho epidemiológico (Estudo Pró-Saúde) que incluiu coleta de dados sobre religião atual e religião de criação, além de informações relacionadas ao perfil social e à saúde, investigando as relações entre esse fenômeno e o estado de saúde dos indivíduos. Inicialmente, esses autores identificaram "uma intensa mobilidade religiosa" (p. 1254), com 38% da amostra não se identificando mais com a religião de criação.

Quadro 15 - Mudou de religião?

Sujeito 1	*Sim. Duas vezes.*
Sujeito 2	*Não.*
Sujeito 3	*Sim. Uma vez.*
Sujeito 4	*Já... Já... Fui... Passei um tempo na igreja evangélica, aí terminei saindo. Faz muito tempo.*
Sujeito 5	*Não. Sempre foi Assembleia.*

Fonte: Dados da pesquisa "Medeiros, 2022".

Com essa pontuação, percebemos que a mudança de religião é um fenômeno mais amplo e complexo, possivelmente, multifatorial. Ou seja, não estaria relacionado, apenas, à uma questão pontual, tal qual a presença de uma enfermidade. Como podemos destacar na fala do **Sujeito 4** "(…) Passei um tempo na igreja evangélica, aí terminei saindo. (…)", que retornou à confissão prévia, apesar de não ter ficado evidente a motivação dessa mobilização.

Por outro lado, Nunes e colaboradores (2016) observaram que a religião católica foi a única que perdeu fiéis, as demais cresceram. Quanto à fidelidade religiosa, correspondendo a proporção daqueles que continuam na mesma religião em que foram criados, os citados autores (p. 1256) apontam é maior entre os espíritas kardecistas, seguido pelos católicos e os que apresentam uma das mais baixas taxas de fidelidade são os pentecostais, pois apesar de terem maior capacidade de atrair novas adesões, não consegue mantê-las. Esse ponto é consonante com a narrativa do **Sujeito 4**.

Ao se analisar as motivações para essas mudanças (**Quadro 16**), percebemos uma diversidade de situações favorecedoras desse trânsito e que não são uniformes entre os discursos. A narrativa do **Sujeito 1** apresenta uma riqueza de estímulos que o mobilizaram, mesmo percebendo que estaria afrontando uma divindade "(...) foi um desvio (...) lá não gostam de Nossa Senhora (...)". Mas, se assegura de um imaginário de intensidade de força nessa religião "(...) a religião de lá que é mais forte, né (...)". E complementa

> Não, que o menino foi e me chamou pra ir lá. Eu disse rapaz... Eu disse: rapaz, tô sonhando uns negócios ruins, tô com uns negócios ruins dentro de casa, tô tendo uns negócios ruins, escutando voz, escutando isso, escutando aquilo. Aí, ele disse: vamo ali, vamo ali mais eu. Digo: bora. Aí, me enfiou na igreja lá e me levou na presença do pastor, da... Da universal. O pastor olhou assim e disse: 'eu vou cuidar dele, ele precisa. Vou cuidar dele, mas ele vai ficar, vai ficar curado, sarado, aqui'. Pronto, aí foi que gostei, né... Pronto... E mais forte, né... Mais forte (SUJEITO 1, 2021 - **Anexo V**).

Quadro 16 - Qual (is) razão (ões) para a mudança?

Sujeito 1	*Ah, isso foi um desvio... Eu passei o... Eu fui parar nos... Mas, a religião de lá que é mais forte, né, que a palavra de Deus, né. Agora, só que parece que lá, eles disseram a mim, o povo grita e todo canto convivendo... É... Dizer que lá não gostam de Nossa Senhora, sabe, só de Jesus e Deus, somente.*
Sujeito 2	-
Sujeito 3	Porque a igreja evangélica é mais próxima da sua residência e gosta de ouvir a palavra de Deus, mas considera-se católica.
Sujeito 4	*Foi por questão de dentro da igreja mesmo, de pessoas da igreja mesmo. Foi a Betel Brasileira. Não, assim... Porque em questão de ir pra igreja católica, nunca fui não. Fui católico assim, em questão de eu não ter uma religião certa. Entendeu? Aí, depois foi que eu fui pra evangélica. Hoje me considero uma pessoa católica, normal.*
Sujeito 5	-

Fonte: Dados da pesquisa "Medeiros, 2022".

Além de ressaltar a força/poder, acrescenta mais elementos impulsionantes, como a influência de outra pessoa, um vínculo de proteção/cuidado, a necessidade de ser cuidado e a promessa de cura.

A comodidade do templo nos arredores da residência (**Sujeito 3**) até a referência de problemas internos da própria igreja (**Sujeito 4**), também, foram elencados em outras narrativas. Assim, fica translúcido uma heterogeneidade dessas motivações. Lehmann (2012) contribui ao argumentar que cada vez mais os indivíduos vivem a religião como estratégia de superar sofrimento e ter esperança, afetando as próprias igrejas e religiões, pois não podem mais ser entendidas apenas como uma questão de herança e tradição.

Por outro lado, a narrativa do **Sujeito 4** expõe a realidade dos indivíduos sem religião definida e adotam a católica como herança dos familiares próximos "(...) Porque em questão de ir pra igreja católica, nunca fui não. Fui católico assim, em questão de eu não ter uma religião certa. Entendeu? (...)", apesar de não ter ficado claro de onde/quem esse posicionamento foi adotado, ousamos inferir que partiu de familiares próximos. Nunes e colaboradores (2016) identificaram 12% dos que se declaram "sem religião", sendo esse um percentual considerável no cenário religioso.

Aos serem questionados se a mudança estava relacionada com a doença atual, a TBDR (**Quadro 17**), destacamos que apenas um entrevistado (**Sujeito 1**) confirmou essa associação. Como introduzido anteriormente, o trânsito religioso é um fenômeno mais amplo e complexo, possivelmente, multifatorial, conforme alicerçam as próprias narrativas dos **Sujeitos 1**, **3** e **4**. Desse modo, atribuir uma única causa, como já debatido, não é possível. Aqui, ao se pensar a TB, como única motivadora dessa mudança, evidenciamos não ser praticável.

Quadro 17 - A mudança está relacionada a doença atual?

Sujeito 1	*Tinha, tinha, tinha.*
Sujeito 2	-
Sujeito 3	*Não.*
Sujeito 4	*Não.*
Sujeito 5	-

Fonte: Dados da pesquisa "Medeiros, 2022".

Assim, percebemos que a presença de uma doença, estigmatizante ainda na atualidade e em cenário de resistência ao tratamento inicial, não se evidenciou ser motivo suficiente para deflagrar uma mudança no credo. Todavia, a TB pode, sim, ser a propulsora dentro de uma

perspectiva prévia de insatisfação ou de busca por uma cura, conforme discutimos diante da narrativa do **Sujeito 1**.

5.2.2 Doença

A TB continua sendo uma doença temida, por trazer a imagem de algo socialmente digno de censura, visto que traz consigo a representação do estágio último de miséria humana, contribuindo para que persista no imaginário social o processo de estigmatização da TB e do tuberculoso. O doente com "mancha no pulmão" carrega uma marca que altera profundamente sua inserção no meio social (SILVA; SILVA, 2016). Nessa caminhada ante doente X doença, tentamos entender qual a visão que os entrevistados possuíam de sua patologia e do tratamento.

De um modo geral, a maioria apresentou uma visão pessimista (**Quadro 18**), evidenciando-se decepção, angústia e medo ao se depararem diante da TBDR e de suas repercussões físicas/sensoriais (debilidade/fragilidade), mentais/emocionais (isolamento) e espirituais (castigo/provação da fé/cura). Destacamos as seguintes falas: "Aí, eu fico mais um pouquinho desgostoso, né... (…)" (**Sujeito 1**); "(…) Destruiu um pouco da minha vida. (…)" (**Sujeito 2**); "Penso logo em morrer! (…)" (**Sujeito 5**). Para esse último, destacamos que foi o seu primeiro diagnóstico de TB e já com resistência ao tratamento demonstrada. Essa situação despertou um medo profundo, como transcrito em sua fala, desencadeando um episódio de choro intenso durante a entrevista, fazendo-se necessário uma pausa no intuito de acalmá-la por meio de explicações médicas do seu atual quadro clínico.

Gama e colaboradores (2019) consideram que a marca mais profunda causada pelo diagnóstico da TB seja o medo da morte e da rejeição dos outros, desencadeando vários problemas, antes mesmo de seu diagnóstico definitivo, decorrentes de ideias (pré)concebidas sobre a doença. Ao ser revelado o nome "tuberculose", ocorre um impacto de magnitude possivelmente intrínseca às construções prévias que a envolvem. Esta circunstância foi observada durante a entrevista do **Sujeito 5**, cujas reações expressavam sentimentos diversos ante ao fato de se saber doente, não apenas pela presença da TB, mas, também, por ser resistente, implicando em prolongamento desse tratamento. Os citados autores acrescentam

> No momento do diagnóstico da tuberculose é comum que os pacientes apresentem dúvidas e incertezas com respeito à enfermidade e ao seu tratamento, pois se trata de algo novo (não familiar), fazendo que, no processo de elaboração de suas representações sociais, as pessoas articulem à imagem de doença fatal (dimensão imagética), trazendo consigo o estigma e o preconceito como pano de fundo, mobilizando afetos e gerando tristeza, desespero e revolta (dimensão dos afetos), repercutindo em seus atos e atitudes ante a doença (dimensão da ação) (GAMA et al., 2019, p. 1258).

Outras narrativas revelaram: resignação "(…) Fazer o quê? Eu já tive, já, e… Voltou de novo, né (…) Agora voltou já resistente, né." (**Sujeito 1**); arrependimento, relacionando à vida pregressa "(...) Se eu... Soubesse que ia... Ser assim, eu não vivia no meio da rua." (**Sujeito 2**); provação da fé "Jesus me ajudar e curar." (**Sujeito 3**), adotando uma postura de crença em um ser superior (Jesus) à espera da benção divina da cura; medo/angústia/preocupação "Penso que não vou sair dessa. (...) Só penso nos meus filhos... Principalmente uma que tem 10 anos. Penso muito nela" (**Sujeito 5**).

Quadro 18 - Qual a visão da doença atual?

Sujeito 1	*Aí, eu fico mais um pouquinho desgostoso, né... Mas, é o jeito... Fazer o quê? Eu já tive, já, e... Voltou de novo, né. Eu já tive e voltou de novo. Eu tratei e consegui tirar ela. Ela foi e voltou. Agora voltou já resistente, né.*
Sujeito 2	*Visão dessa minha doença hoje? Dizer que a ... Destruiu um pouco da minha vida. É... Se eu... Se eu... Soubesse que ia... Ser assim, eu não vivia no meio da rua.*
Sujeito 3	*Jesus me ajudar e curar.*
Sujeito 4	*Visão dessa minha doença hoje? Hoje o que vem na minha cabeça é querer me tratar, terminar o tratamento já que comecei e não usar o que eu usava, não fumar, não beber... Só, quero só melhoras.*
Sujeito 5	*Penso logo em morrer![46] Penso que não vou sair dessa. Tem. Só penso nos meus filhos... Principalmente uma que tem 10 anos. Penso muito nela.*

Fonte: Dados da pesquisa "Medeiros, 2022".

[46] Paciente começou a chorar. Tentado acalmá-la, explicando que está em um hospital específico para o tratamento da doença, que está sendo acompanhada por Pneumologista. Falou-se do que é a doença, como está o quadro clínico no momento e da possibilidade de cura, desde que faça o tratamento completo. Continua chorando, mas em menor intensidade. Tosse... Tosse...

Silva e Silva (2016), ao avaliar o impacto da TB na vida dos entrevistados, evidenciaram uma doença que impõe limitação física e perceberam um futuro mais indefinido, no qual reside o medo de não dar conta da vida e das pessoas com as quais têm responsabilidade. Esta representação é elaborada em um sentimento frequente nesse contexto de tratamento limitante e compartilhada pelos pacientes, família e comunidade. Esses autores traduzem bem esses efeitos, indo expressivamente de encontro à narrativa do **Sujeito 5**.

Por fim, o **Sujeito 4** demonstra uma visão/postura positivista, de aceitação "(…) querer me tratar, terminar o tratamento (…)", e qualidade de vida "(...) não usar o que eu usava, não fumar, não beber... Só, quero só melhoras". Essa atitude pode estar relacionada ao conhecimento de que a doença pode ser curada, sendo essa ciência muitas vezes adquirida por uma experiência prévia com a enfermidade, como por exemplo ter conhecido alguém acometido pela TB e que, ao realizar o tratamento completo, ficou curado. Pessoas que possuem esse tipo de compreensão estão mais propensas a significarem a doença como qualquer outra, ou seja, se tratada, tem cura, favorecendo a adesão ao tratamento (GAMA et al., 2019).

Ainda na visão positivista, é uma doença que, ao mesmo tempo que exclui, também amplia, e propõe um (re)começo da vida ao permitir a construção de uma dimensão reflexiva do viver diante desse adoecer, conforme é perceptível na narrativa do **Sujeito 4**. Assim, aparece como uma oportunidade de continuar a existir, mesmo que para isso necessite operar diversas modificações em seu viver cotidiano, especialmente para aqueles já marginalizados antes do adoecimento.

Silva e Silva (2016) perceberam que muitos pacientes conseguem se fortalecer ao experienciar a doença, reconstruindo suas histórias de vida. E destacam o papel dos profissionais de saúde na atenção desses doentes

> (...) Contudo, refazer-se diante da fragilidade é difícil, e os profissionais de saúde precisam estar atentos e oferecer possibilidades, apoio e oportunidades, para que se concretizem as mudanças que fortaleçam a ação terapêutica. Essas oportunidades não devem ser favorecidas somente pelo setor da saúde, mas também é importante que se busque ajuda intersetorial, a fim de oferecer às pessoas com TB a mudança de vida favorável à sua melhora, especialmente porque, nesse momento da vida, essas pessoas se encontram excluídas e marginalizadas, necessitando de ajuda para retomar a sua autoestima (SILVA; SILVA, 2016, p. 1244).

Ao se discutir/analisar o tratamento da TB resistente, ressaltamos que é prolongado, requerendo que o adoecido seja e mantenha-se determinado em alcançar a cura, isto é, conservar-se persistente no acompanhamento e no uso regular das medicações até a alta médica.

Assim, no **Quadro 19**, evidenciamos três sujeitos (**1**, **3** e **4**) em atitude de aceitação, objetivando "(…) ficar boa" (**Sujeito 3**). Essa postura positiva/otimista é imprescindível para se atingir o objetivo da cura. Evidenciamos as narrativas do **Sujeito 1**, que ao longo de sua história pessoal com a TB, desenvolveu uma autopercepção da saúde "(...) Minha saúde está voltando, né (...)", bem como o risco de morte "(...) Eu tossir forte e o sangueiro vim duan vez, aí pronto.", configurando uma evolução em se compreender portador de TBDR e necessitar concluir o tratamento adequadamente.

Quadro 19 - Quanto à resistência e a necessidade de prolongar o tratamento, qual o seu pensamento sobre isso?

Sujeito 1	*Penso nesse negoço bom, né, que tô levano, né... Tô... Tô o quê? Tô me participando, que eu tô usano minha saúde, né... Minha saúde tá voltando, né, de novo, né. Tão, ali em primeiro lugar, entendeu? Por conta dessa saúde, né... Botando sangue pa fora, em tempo de dá um derrame neu, tendeu? Eu tossir forte e o sangueiro vim duan vez, aí pronto.*
Sujeito 2	*Se eu soubesse que ia ser assim, não tinha me envolvido nas coisas. Não tinha. Tinha procurado buscar mais fé.*
Sujeito 3	*É tomar e pedir a Deus para ficar boa.*
Sujeito 4	*Se eu tiver de tomar mais tempo, eu tomo sim e penso em mais a frente ficar bom.*
Sujeito 5	*Tanta coisa.*

Fonte: Dados de pesquisa "Medeiros, 2022".

Em contraposição, verificamos que um sujeito (**2**) se mostrou arrependido com a vida pregressa, especialmente no quesito espiritual "(…) Tinha procurado buscar mais fé". Atrela a fé ao poder de livrá-lo do envolvimento "(…) nas coisas." e, consequentemente, da enfermidade. Nesse item, observamos uma ligação entre a fala do paciente e as narrativas bíblicas no contexto de benção X maldição, discutidos sobre o Dt 28 no capítulo três. Ou seja, o fato de ter se envolvido em situações que não deveria e não ter procurado buscar mais fé seria uma transgressão perante a divindade que o amaldiçoou com a TB e, agora, busca a benção da cura por meio de seu arrependimento.

Por fim, o **Sujeito 5** demonstrou uma expressão de medo/dúvida diante do seu diagnóstico ao se expressar de forma abrangente. Esse posicionamento, provavelmente,

relaciona-se com a fase de negação/processamento de sua condição clínica recentemente revelada.

Nesse tópico, também, ressaltamos a questão do abandono ao tratamento da TB, discutido no início desse capítulo e no anterior. Para os entrevistados, três relataram histórico de abandono (**Sujeitos 1**, **2** e **3**). Essa atitude facilita a disseminação dos casos de TB resistente, exemplificando com o **Sujeito 5**, que teve seu diagnóstico inicial como resistente, conforme discutido previamente. Contudo, há vários fatores amplamente discutido na literatura que contribuem para esse abandono, como o abuso de substâncias lícitas e ilícitas.

Nesse contexto de abuso de substâncias, evidenciamos que 80% (4) dos sujeitos relatam uso de álcool (**Quadro 11**). Dos que reconhecem esse uso, 60% (3) já abandonaram o tratamento. Para contextualizar dentro desse estudo, destacamos a dependência pelo álcool que o **Sujeito 1** enfrenta, pois motivou a evasão da instituição de saúde, abandonando mais uma vez o tratamento da TBDR – fato narrado pelo próprio indivíduo (**Anexo V**). Assim, demonstramos o vínculo desfavorável entre abuso de álcool e tratamento da TB. Para corroborar com essas constatações, referenciamos as conclusões de Andrade, Villa e Pillon (2005) ao abordarem essa temática

> O alcoolismo, por si só, exerce influência sobre o prognóstico e tratamento da TB, porém, esse vem associado muitas vezes com baixa qualidade de vida, identificada por más condições higiênicas, má distribuição de renda, má nutrição, baixa resistência imunológica, pouco desejo de viver e pouca aceitação do tratamento, o que intensifica ainda mais um desfecho desfavorável em relação ao tratamento da TB.
> O alcoolismo, assim como a TB, deve ser tratado na comunidade, porém em casos em que o paciente não tem moradia fixa ou a doença estiver muito avançada, pode-se indicar internação. Em casos de risco de abandono ao tratamento, nos quais se incluem todos os alcoolistas, é indicado o DOTS, evitando internação desnecessária e mais onerosa.
> O alcoolismo deve ser mais valorizado pela equipe de saúde que trabalha diretamente no tratamento de pessoas com TB, buscando encontrar meios mais precisos de identificar esses pacientes e oferecer tratamento concomitante para alcoolismo após a identificação de serviços existentes na comunidade para esse fim. Toda orientação em relação ao uso das medicações por esse tipo de paciente deve enfatizar que a ingestão de bebidas alcoólicas aumenta o risco para o desenvolvimento de efeitos colaterais, cabendo, portanto aos profissionais a observação continua e sistematizada desses pacientes durante o tratamento da TB no sentido de minimizar e detectar precocemente possíveis efeitos dessa interação (ANDRADE; VILLA; PILLON, 2005, p. 6-7).

Ao demonstrar essa fragilidade/vulnerabilidade, percebemos a essencialidade do fortalecimento de práticas que favoreçam a adesão ao tratamento e que, também, passa pela atenção dos profissionais de saúde. Gama e colaboradores (2019) concluem

> (...) que desmistificar estas representações negativas acerca de uma doença milenar não é uma tarefa fácil. Por isso, estudos que visem a acessar sua construção e as ações e reações por parte daqueles que recebem o diagnóstico de tuberculose são de extrema importância, para que se estabeleçam intervenções voltadas a suas reais necessidades de saúde, que quebrem preconceitos e tornem os conhecimentos sobre a doença acessíveis à população.
> Nesse contexto, evidencia-se a educação em saúde realizada pelos profissionais da área, dentre estes o enfermeiro, para translações de pensamentos negativos por concepções que viabilizem a inserção do doente na sociedade, a adesão ao tratamento e a redução do estigma e do preconceito atrelados a essa patologia e às pessoas por ela acometidas (GAMA et al., 2019, p. 1260).

Enquanto pesquisadores, construindo teorias e relacionando-as com a prática médica direcionada ao atendimento dos portadores de TBDR, no caso em tela, também, abarcando tradições e relatos cristãos antigos e dispondo-os perante os conceitos médicos atuais, percebemos, por meio das narrativas apresentadas, uma forte relação entre a doença TB e a necessidade da fé. Nessa linha que seguimos, evidenciamos, portanto, que o fortalecimento dessa fé terá repercussão direta sobre o sucesso do tratamento.

5.2.3 Enfrentamento

Após discorrer sobre as narrativas acerca da TB e do seu tratamento, passamos a analisá-las no contexto da religiosidade/espiritualidade. Quando perguntados sobre o desenvolvimento de alguma atividade ligada a esses conceitos, a maioria (60% / 3) confirmou a participação, destacando-se a presença regular em cultos (**Quadro 20**). Os demais (**Sujeitos 2** e **4**) negaram. Em acréscimo, evidenciamos que o **Sujeito 1** faz uso de uma pulseira da igreja universal no pulso esquerdo, que sempre porta e relaciona com a sua melhora clínica, configurando a necessidade do uso de um símbolo de cunho religioso para manter visível sua crença.

Sobre a temática dos símbolos no contexto religioso,

> Os símbolos compreendem objetos, gestos, expressões, palavras, aspetos evocativos de certas crenças. (...) Os símbolos, por não serem tão pormenorizados como as definições intelectuais, possuem uma capacidade maior de cimentar a unidade organizacional. A simbolização das crenças e das práticas torna mais concreta e palpável certa cosmovisão, tornando-se os símbolos poderosos fatores de sentido na vida das pessoas, ajudando, ainda, a firmar a coesão social (COUTINHO, 2012, p. 178).

Assim, descrevemos que o **Sujeito 1** porta um elemento simbólico (pulseira da igreja), que o mantém conectado a sua crença. Atribui valor ao objeto, ao relacionar o uso com a melhora clínica, tornando palpável sua fé e, desse modo, sente-se seguro e confiante na busca de sua cura, pois é visível "a igreja"/"a força"/"o poder" operando em seu corpo. Essa descrição de objetos simbólicos traz semelhança aos antigos israelitas, como por exemplo "Muitos judeus gostavam de afixar um "mezuzá[47]" aos umbrais das portas, para relembrar a presença de Deus na casa, e a libertação do povo do cativeiro egípcio." (COLEMAN, 1991. p. 17).

Quadro 20 - Pratica alguma atividade ligada à espiritualidade e/ou religiosidade? Se sim, qual a frequência?

Sujeito 1	*Na segunda, que é dia da libertação, do descarrego... Vou mais na sexta, que é dia da… pra tirar os mau entidades, né, e no domingo, também, né. De seis hora da manhã, seis às oito*.
Sujeito 2	*Não.*
Sujeito 3	*Sim.* Vai à igreja evangélica ouvir a palavra de Deus, mas sem regularidade.
Sujeito 4	*Não.*
Sujeito 5	*Sim.* Vai à igreja evangélica três vezes por semana e participa do círculo de oração, que não tem frequência determinada.

Fonte: Dados da pesquisa "Medeiros, 2022".

Portanto, a maioria dos entrevistados destaca a importância da proximidade com uma divindade, que se alcança por meio da presença física em um templo, onde é possível desenvolver outras metodologias de aproximação, como "(...) ouvir a palavra de Deus" (**Sujeito 3**) - e aqui é literal, uma vez que esse indivíduo é analfabeto, necessitando que outros façam essas leituras; também, foi mencionado a participação em círculo de oração[48] (**Sujeito 5**).

[47] (...) consistia em um tubo de metal ou uma caixinha de madeira, dentro do qual era guardado um pergaminho contendo o texto Dt 6.4-9, o *Shema*, ou credo: "Ouve, Israel, o Senhor nosso Deus é o único Senhor. Amarás, pois, o Senhor teu Deus de todo o teu coração, de toda a tua alma, e de toda a tua força. Estas palavras que hoje te ordeno, estarão no teu coração; tu as inculcarás a teus filhos, e delas falarás assentado em tua casa, e andando pelo caminho, e ao deitar-te e ao levantar-te. Também as atarás como sinal na tua mão e te serão por frontal entre os teus olhos. E as escreverás nos umbrais de tua casa, e nas tuas portas." (COLEMAN, 1991, p. 17).

[48] Círculo de oração para o religioso da Assembleia de Deus tem um marco histórico, que iniciou em Recife/PE com a irmã Albertina Bezerra Barreto em vistas a filha menor estar doente e com previsão de viver apenas oito anos, sendo atribuído ao círculo de oração a melhora da criança e, consequentemente, a adoção crescente dessa prática.

Ao fazer a interface entre TB e religiosidade/espiritualidade (**Quadro 21**), todos concordaram que o alicerce desse entendimento fornece amparo no enfrentamento da doença, considerada estigmatizante e, por vezes, debilitante.

Quadro 21 - A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar a doença?

Sujeito 1	*Dotora, porque esse negoço que a pessoa fala... Teve um menino aí que me explicou também, disse que participou dessa religião, aí diz ele que parou... Parou de tomar essas medicação todinha, aí ele ficou bom. Aí, peguei e desmenti ele... Digo: não... Porque o cara só fica bom, quando se alimenta da medicação ou quando a medicação... Você tomar todim. Do jeito que você tá bom, que a médica deu alta e o remédio invei de... Fez um exame em você e deu alta do remédio que você já tá bom, pronto, você aí agora... Tava até em ordem, já. Por quê? Porque Deus já deu a lembrança a você, já, pra você... Continuar o seu... Seu rumo pra frente.*
Sujeito 2	*Sim. Devido eu tá aqui... É, eu tá aqui e... Sendo bem cuidado porque é... Primeiramente, vem de lá de Deus, né, e segundo vocês.*
Sujeito 3	*Tem.*
Sujeito 4	*Eu não sei explicar. Mas, tenho fé que pode. Ajuda bastante porque alivia a minha mente também... Porque por eu ficar só aqui, como não tem visita, essas coisas, aí, a minha fé em Deus vai me ajudar...*
Sujeito 5	Respondeu acenando que sim com a cabeça.

Fonte: Dados da pesquisa "Medeiros, 2022".

Mas, que apenas compreender e fazer uso não seria suficiente para a cura

> Dotora, porque esse negoço que a pessoa fala... Teve um menino aí que me explicou também, disse que participou dessa religião, aí diz ele que parou... Parou de tomar essas medicação todinha, aí ele ficou bom. Aí, peguei e desmenti ele... Digo: não... Porque o cara só fica bom, quando se alimenta da medicação ou quando a medicação... Você tomar todim. Do jeito que você tá bom, que a médica deu alta e o remédio invei de... Fez um exame em você e deu alta do remédio que você já tá bom, pronto, você aí agora... Tava até em ordem, já. Por quê? Porque Deus já deu a lembrança a você, já, pra você... Continuar o seu... Seu rumo pra frente (SUJEITO 1, 2021 - **Anexo V**).

Nessa perspectiva, conforme a narrativa acima, percebemos que o próprio indivíduo faz uma desmistificação ao se deparar com um relato de cura atribuído à religião, confrontando com a sua própria realidade. Por outro lado, esse mesmo indivíduo atribuí necessidade da presença de um ser superior em sua cura "(...) Deus já deu a lembrança a você (...)", traduzindo como uma graça – a graça da cura. Aqui, ao relacionar com as discussões das narrativas bíblicas, vislumbramos o pensamento e a atitude originais dos antigos cristãos no que concerne o respeito à divindade; entretanto, ao longo do tempo os comportamentos foram se adaptando de acordo com o desenvolvimento do meio vivente e, percebemos, nessa narrativa a aproximação da ação do médico sob benção da graça divina perante o doente.

Os indivíduos pesquisados fazem uma relação muito estreita entre religiosidade/espiritualidade e fé, sendo esta a fé em Deus "(…) Primeiramente, vem de lá de Deus, né, e segundo vocês." (**Sujeito 2**). Percebem que há algo a mais e que não conseguem traduzir "Eu não sei explicar. Mas, tenho fé que pode. (…)" (**Sujeito 4**). Finalmente, acomodam-se com a ideia de um Deus que salva e, apenas, confirmam esse apoio, quer verbalmente "Tem" (**Sujeito 3**), quer acenando que sim com a cabeça (**Sujeito 5**).

Ao questionar se a religiosidade/espiritualidade contribui e/ou contribuiu com o tratamento (**Quadro 22**), que é em regime estendido, todos acreditam que sim, conforme narrativas transcritas adiante, inclusive um dos entrevistados (**Sujeito 1**) relaciona a tomada das medicações com a ida ao templo, permitindo compreender essa religiosidade como regra de cuidado.

Percebem a importância de suporte espiritual nesse momento, como na narrativa do **Sujeito 2**. Nessa narrativa, especificamente, transparece a necessidade do suporte espiritual, fortalecendo as motivações iniciais desse estudo, especialmente no intuito de ajudá-los a finalizar o tratamento e evitar o temido abandono. Já o **Sujeito 4** revela a fé como a força propulsora para cura "(…) A continuar o tratamento e ter fé de melhorar". Em acréscimo, observamos a relevância do apoio institucional diante da TBDR, expressando-se na fala do **Sujeito 5**, que credita a patroa a busca de sua cura "(...) Eu vim aqui por causa dela, (...)".

Quadro 22 - A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar o tratamento prolongado?

Sujeito 1	*Tem, tem. Tem porque eu... Assim que eu saía daí pa igreja, eu... Eu tomava meu remédio direto, de oito hora pa nove hora. Hora certa. Oito hora, nove hora. Aí, eu ia de manhã de sete, de seis hora, seis e meia pa sete... Sete hora... Chegava em casa de oito, oito e meia, pa nove... Eu... Chegava e resolvia... Resolvia meus negoço, tomava minhas medicação, fazia minha comidinha, comia, pronto... Aí, ia pa rua, pra arrumar um trocado*.
Sujeito 2	*Tá ficando maior agora depois que eu tô conversando com a senhora*. *Ajuda, muito.*
Sujeito 3	*Acho.*
Sujeito 4	*Ajudar na... A continuar o tratamento e ter fé de melhorar.*
Sujeito 5	*Vou. Tão tudo orando por mim... Tudo... Das irmãs tudinho lá... Tenho... Tudinho lá. Tem minha patroa, também, que ora muito por mim. Eu vim aqui por causa dela, também. Trabalho numa casa faz 14 anos. Tem muita gente orando por mim*.

Fonte: Dados da pesquisa "Medeiros, 2022".

Diante dessas narrativas elencamos, por meio das categorias fé, doença e enfrentamento, a percepção que os entrevistados portadores de TBDR possuem quando confrontados a respeito de sua religiosidade/espiritualidade no contexto da TB. A partir de suas falas foi possível encontrar momentos/situações que possuíram conexões e/ou aproximações com as narrativas bíblicas do Pentateuco.

Entretanto, é valoroso mencionar que o imaginário em torno da TB, que a enxerga como um fenômeno socialmente excludente, permanece na atualidade mesmo com os avanços da ciência no que tange ao tratamento e à cura. Este imaginário forma representações negativas, pois estrutura os conhecimentos que determinado grupo possui em relação a um objeto social – no caso, as ações e reações ante o diagnóstico da doença (GAMA et al., 2019). Por outro lado, Silva e Silva (2016) propõe a TB como um (re)começo da vida, já que a doença, que ao mesmo tempo se investe do preconceito, de exclusão e abandono, permite também a construção de uma dimensão de reflexão da vida diante desse adoecer. A doença aparece como uma oportunidade de continuar a existir, mesmo que para isso demande várias mudanças no modo de operar a vida

cotidiana, especialmente para aqueles já marginalizados antes do adoecer, o que é comum no perfil dessas pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa representa a nossa busca por um entrelaçamento entre os textos contidos na Bíblia, especificamente no Pentateuco, e as doenças infecciosas. No âmbito da Infectologia, buscamos possibilidades de doenças descritas nos referidos textos, utilizando três traduções - Bíblia do Peregrino (2017), Bíblia de Jerusalém (2016) e Tradução Ecumênica da Bíblia (2020) - e que ocorrem na atualidade. Nesse sentido, a TB despontou nas citações de Lv 26.16 e Dt 28.22, proporcionando acesso a pessoas que portam uma enfermidade já descrita há milênios e fazendo-nos questionar as motivações pelas quais se perpetua na humanidade.

A busca pelas motivações direcionou-nos à problemática da resistência ao tratamento. Assim, na linha de Espiritualidade e Saúde, ousamos analisar as narrativas de portadores de TB resistente e a provação da fé. Esse objetivo principal nos norteou para colmatar algumas lacunas, ampliando o entendimento da espiritualidade/religiosidade no enfrentamento do processo saúde-doença no tocante à TB resistente.

Com toda a firmeza que a experiência profissional e a idade puderam me proporcionar, asseguro que esta pesquisa surgiu da minha vontade de entender as dificuldades da TB resistente e como a compreensão da espiritualidade, associado ou não ao envolvimento religioso, ou mesmo a ausência dessas, poderia impactar sobre a saúde física e mental das pessoas acometidas por essa enfermidade, acrescentando valor a prática médica, especialmente nesse contexto de resistência ao tratamento.

Entretanto, devo mencionar que as pretensões iniciais do projeto eram mais amplas, abarcando todo o conteúdo da Bíblia e outras possíveis doenças infecciosas, além da TB, que porventura fossem identificadas nos textos. Diante do assolamento mundial pela covid-19 desde dezembro de 2019, iniciando pela China, fomos "atropelados" por essa nova doença infecciosa, o que nos forçou a reduzir o tamanho do estudo, adequando-o a realidade apresentada nos serviços de saúde.

Ao inaugurar a redação dessa pesquisa, trouxemos os elementos: espiritualidade, saúde, ser integral, religião e fé, construindo o arcabouço teórico que orientaram o estudo. Essa construção foi, para mim, um caminho de aprendizado e amadurecimento tanto pessoal, quanto profissional, uma vez que confrontei meus conhecimentos técnicos na área médica com a integralidade do ser, em uma visão holística do indivíduo, na busca por equilíbrio - na busca por cura.

Na discussão sobre espiritualidade/religiosidade, destacamos que representa uma das dimensões do ser - a espiritual, que em conjunto com as demais compõem a integralidade. Ao partir desse entendimento, compreendemos que a saúde reflete a harmonia, o equilíbrio, entre essas dimensões. Um corpo adoecido, como um portador de TB, deve receber a atenção devida direcionada à doença, mas, também, necessita de suporte para as demais dimensões; pois, quando uma dimensão está doente, mobiliza as demais, refletindo-se em desarmonia, desequilíbrio. Assim, ao se tratar a doença física e promover auxílio às outras dimensões, certamente esse indivíduo restabelecer-se-á mais brevemente. Nesse ínterim, evidenciamos que, na área de Ciências da Saúde, essa temática tem ganho grande impulso, com vários estudos evidenciando resultados promissores.

Em acréscimo, a dificuldade em se conceituar o termo religião persiste. Ao nos debruçar sobre vários escritos de autores diversos, percebemos que a questão semântica permanece aberta. Dessa forma, compreendemos que a construção de um conceito universal é complexa e que esse termo exige uma multiplicidade de definições. Nesse percurso conceitual, colocamos a fé. Nesse estudo, a concebemos como um instrumento que leva a razão para outro patamar, independente da motivação.

Desenvolvemos um estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica, na busca do significado comum para os entrevistados de suas experiências vivenciadas diante do adoecimento pela TB resistente. Essa abordagem, no contexto do processo saúde-doença, foi próspera e via de mão dupla, pois exigiu-me o desenvolvimento/aprimoramento dos conceitos de sensibilidade, empatia e equidade na aproximação com os pacientes e durante as entrevistas. Por outro lado, permitiu que os entrevistados expusessem seus conceitos de espiritualidade/religiosidade e fé perante o enfrentamento da citada doença.

O serviço de saúde eleito para o desenvolvimento da parte prática do estudo foi o CHCF em vistas a sua importância ímpar no cenário da TB no estado da PB. Todavia, diante da atual situação pandêmica e das reestruturações dos serviços de saúde, especialmente no CHCF, referência estadual para o atendimento dos casos de covid-19, encontramos dificuldades no acesso ao quantitativo de pacientes, o que limitou esse estudo. Por outro lado, revelou um nicho para futuras pesquisas no intuito de melhorar a assistência multiprofissional para essa parcela de pessoas adoecidas.

Ao entrelaçar textos bíblicos e doenças infecciosas, nos permitimos um entrelaçamento entre religião e medicina e, nesse confronto, fez-se mister uma construção histórica sobre ambas. Textos egípcios e mesopotâmios evidenciam que a medicina surgiu da necessidade do

cuidado em períodos anteriores à Antiguidade Clássica. Grandes foram as contribuições dos gregos, culminando em Hipócrates - considerado o pai da medicina - e no *Corpus Hippocraticus* - uma série de 60 tratados sobre medicina e filosofia.

O avanço da civilização romana ajudou a difundir o pensamento médico grego. Por outro lado, com o reconhecimento do Cristianismo enquanto religião oficial de Roma, a religião católica implantava a ideia de cura por meio da fé e, assim, medicina e religião se (re)encontram. Nesse confronto, o saber eclesiástico domina e a prática médica é desvalorizada. Em contrapartida, no Oriente os conhecimentos médicos avançaram. Com o passar dos séculos, a medicina se distanciou da religião e buscou firmar-se enquanto ciência.

Contudo, esse processo de afirmação da medicina, enquanto conhecimento, não foi algo pacífico. Foi um percurso permeado de conflitos e disputas entre os mais diversos campos dos saberes e das atuações dos indivíduos que promoviam a cura das pessoas. Isso pode ser perceptível no Brasil, onde os estudos sobre os embates entre as práticas de cura e a ciência vêm ganhando espaço nos debates acadêmicos de forma a mostrar uma maior complexidade nesse caminho que as ciências médicas trilharam ao longo dos anos.

No capítulo três tratamos da Bíblia. Compreendeu o ápice do desafio: discorrer sobre textos sagrados a partir do meu lugar de fala. Nesse momento, quis dominar o hebraico para uma melhor depuração dos textos em versões mais próximas às originais, o que não me foi possível. Assim, partindo do que é exequível, utilizamos as três traduções já mencionadas. A eleição destas norteou-se, apenas, no sentido de entrecruzar os discursos utilizados pelos autores como produtos históricos discursivos. Desse modo, elencamos algumas possíveis doenças infecciosas no Pentateuco.

A partir de meus conhecimentos médicos, amparados por literatura específica, conseguimos verificar algumas possibilidades de doenças de cunho infeccioso nos cinco livros iniciais da Bíblia (Gênesis, Êxodo, Levítico, Números e Deuteronômio), a saber: lepra (na atualidade, hanseníase), furúnculos, gonorreia, afecções da pele, TB e peste. As descrições nos textos bíblicos, em sua maioria, referem-se a sinais visíveis, evidenciando mais expressivamente as doenças de pele, como a hanseníase. A febre é um sintoma relacionado com doença infecciosa, mas, quando ocorria seu relato, não havia outros comemorativos que favorecessem a hipótese de uma enfermidade de natureza infecciosa, além das que citamos.

A descrição da TB nos escritos bíblicos ocorreu em Lv 26.16 e Dt 28.22. Em nossa investigação, não a identificamos em outros trechos do Pentateuco. Contudo, na literatura há questionamentos quanto a possibilidade de ocorrência em outras passagens. Nas traduções

utilizadas, a TB foi descrita como definhamento (nas três), tísica (Bíblias do Peregrino e de Jerusalém) e definhar (TEB). Para além desses, há a citação de outros sinais e sintomas, como febre e inflamação, compondo o cenário de narrativa da TB.

O capítulo 28 de Dt evidencia uma estrutura literária de bênção X maldição. Na parte inicial, correspondendo os versículos 1-14, estão descritas as bençõe e nos versículos de 15-68 estão as descrições das maldições, elencando uma série de desgraças que acontecerão aos que não obedecerem às leis estipuladas, incluindo a seca, a fome e a doença. Nesse sentido, compreendemos que a ocorrência de uma doença, a vista do povo de Israel, seria um castigo por uma transgressão. Assim, a descrição de TB surge nesse capítulo em íntima relação com esse cenário de benção X maldição.

Ao arrematar a questão da TB, percebemos que não podemos fazê-lo a rigor, pois coexiste com a humanidade há milênios, acompanhando o homem desde à época em que passava a condição de bípede. Não possui bandeira, uniforme ou pátria. Sua ocorrência ampliou-se à medida que as tribos diminuíram seu caráter nômade, criando aglomerados e aldeias e, aqui, constatamos o risco de contaminação relacionado às aglomerações, uma vez que se trata de uma doença de transmissão por via aérea.

Diante da notoriedade dessa enfermidade, ressaltamos que a designação de TB se deu em 1839, a partir da raiz “tubérculo” - nome atribuído ao nódulo lesional identificado em 1680 nos portadores desse mal. Mas, ao longo do tempo, recebeu várias nomenclaturas, tais como: tísica, pectário, consumpção, febre héctica, fimia, héctica, peste branca, musa branca, velha senhora, doença do peito, mancha no pulmão, mal consuntivo, fraco do pulmão, doença trazida pelos negros, febre das almas sensíveis, dentre outras.

Entendemos estar diante de uma doença infecciosa, com tratamento específico e acompanhamento disponíveis pelo SUS, além da possibilidade de cura. Entretanto, se perpetua pelo mundo em cifras generosas, apesar dos esforços mundiais na tentativa de reduzir o número de casos e mortes. Como fatores favorecedores, destacamos: pobreza, pessoas privadas de liberdade, minorias étnicas e os que vivem com HIV/Aids. A pobreza se particulariza, pois, tanto determina, quanto perpetua, uma vez que compromete indivíduos, majoritariamente do sexo masculino e em faixa etária economicamente ativa.

Em adição, a problemática do abandono ao tratamento e, consequentemente, o desenvolvimento de resistência, que passa diretamente pela necessidade de adesão por parte do doente. Nesse ponto, ressaltamos a importância do profissional de saúde na assistência dessa pessoa adoecida e a responsabilidade que ambos possuem no fortalecimento da autonomia e do

autocuidado no intuito de concluir todo o tratamento, obtendo a alta por cura. Todavia, numerosos são os fatores que conduzem a esse abandono, sobressaindo-se o uso de drogas (tanto lícitas, quanto ilícitas), a coinfecção HIV/Aids, fatores relacionados a própria medicação e ao tempo do tratamento.

Todavia, os números recentes reportam decréscimo no diagnóstico e na notificação dos casos de TB, que podem ser atribuídos a uma combinação de fatores, como: atrasos na digitação dos dados no sistema de informação, redução do atendimento nos serviços de saúde, realocação de pessoal de saúde para as ações da covid-19, menor procura da população sintomática pelos serviços de saúde e redução na execução dos testes laboratoriais.

Em relação ao Brasil, o país continua entre os 30 países de alta carga para TB e para coinfecção TB/HIV, sendo, portanto, considerado prioritário para o controle da doença no mundo pela OMS. Salientamos que, desde 2015, foi incorporado ao SUS o TRM-TB, agregando agilidade no diagnóstico. Em João Pessoa/PB, há três serviços de Saúde Pública que ofertam esse tipo de exame: LACEN, CHCF e Policlínica Municipal de Mandacaru.

Em atenção ao papel ímpar desenvolvido pelo CHCF perante a TB, nos propusemos e registramos a história dessa instituição, constituindo uma referência formal, uma vez que inexistia. Essa construção foi possível por meio dos instrumentos disponíveis no serviço, tais como: placas comemorativas, anotações no NEP/CHCF e a oralidade - relatos de funcionários antigos. Assim, por meio desse estudo, tornamos palpável uma referência em literatura dessa Instituição e que será disponibilizada ao citado serviço de saúde.

Em 23 de novembro de 2021, foi realizado um levantamento de dados no SITE-TB, extraindo-se a composição da população desse estudo: 17 casos de pacientes com diagnóstico confirmado de TBDR, que estão em tratamento e acompanhamento no CHCF. Importante ressaltar que o perfil estudado - TBDR - restringe o quantitativo de doentes. Ao caracterizá-la, identificamos: predominância do sexo masculino; distribuição etária entre 19 e 65 anos; oriundos da capital; superioridade da TBRR, como padrão de resistência; tipificação ‘caso novo’, como modo de entrada no SITE-TB; abuso de álcool como favorecedor do abandono ao tratamento; e, por fim, a coinfecção com HIV em 17,65% dos casos.

A caracterização elencada nessa pesquisa se aproxima com os relatados em literatura. Aqui, ressaltamos a procedência dos pacientes; pois, em vistas a probabilidade do viés de endereçamento que, porventura, algum paciente tenha utilizado o endereço de um parente que reside em João Pessoa no intuito de facilitar o acesso aos serviços de saúde na capital. Outro ponto identificado e que merece atenção é a superioridade da TBRR, que creditamos a

disponibilização do TRM-TB em alguns serviços de saúde na capital, como comentado anteriormente. Observamos a precocidade do diagnóstico como positivo, pois aborta a evolução para outros padrões de resistência e a disseminação na comunidade.

Os pacientes que se disponibilizaram a participar do estudo mantiveram, praticamente, o mesmo padrão de composição da população. Por meio de suas narrativas transcritas, categorizamos em três blocos discursivos: fé, doença e enfrentamento. Para o bloco fé, percebemos a ligação imediata com uma entidade superior - Deus, ficando claro que para os sujeitos não há diferença entre os conceitos de religiosidade/espiritualidade e fé, referindo-os como sinônimos. Por outro lado, compreendem a fé como um meio de acessar o Deus para alcançar a cura. Desse modo, percebemos uma semelhança entre esses sujeitos e os cristãos antigos no tocante a busca pela bênção da cura como uma compensação por confiarem na divindade.

O perfil religioso de formação/de escolha foi o católico em sua maioria e, apenas, um declarou-se evangélico, evidenciando uma homogeneidade no credo cristão. Esse perfil reflete o padrão confessional da população brasileira, que ainda é majoritariamente cristã. Todavia, em algum momento da vida, houve a necessidade de mudança desse credo, evidenciando-se como um fenômeno multifatorial complexo. A presença da TB resistente e a busca pela cura motivaram apenas um sujeito nesse trânsito religioso, tornando evidente, por meio das narrativas desse estudo, que atribuir uma única causa nessa mobilização não é praticável.

Para o bloco discursivo doença, evidenciamos que a maioria percebe a TB de forma pessimista, demonstrando decepção, angústia e medo diante da TBDR e de suas repercussões físicas/sensoriais (debilidade/fragilidade), mentais/emocionais (isolamento) e espirituais (castigo/provação da fé/cura). Por outro lado, em uma visão positivista, é uma doença que, ao mesmo tempo que exclui, também amplia, e propõe um (re)começo da vida ao permitir a construção de uma dimensão reflexiva do viver diante desse adoecer e, assim, aparece como uma oportunidade de continuar a existir, mesmo que para isso necessite operar diversas modificações em seu viver cotidiano, especialmente para aqueles já marginalizados antes do adoecimento.

Quanto à resistência e a necessidade de prolongar o tratamento, a postura adotada, em sua maioria, foi a de aceitação, refletindo-se positivamente, uma vez que o se reconhecer doente é o primeiro passo em direção à cura. Contudo, um sujeito demonstrou pesar por sua vida pregressa, permitindo-nos uma ligação entre a fala desse sujeito e as narrativas bíblicas em Dt 28 no contexto de benção X maldição. Ou seja, o fato de ter transgredido os preceitos de seu

credo perante a divindade, foi amaldiçoado com a TB e, agora, busca a benção da cura por meio de seu arrependimento.

Ainda, nesse bloco, destacamos o item abandono ao tratamento, sendo esse um ponto crucial na esfera da TB em virtude do favorecimento de resistência. Importa relatar que essa prática está presente entre os entrevistados e em comunhão com o abuso de substâncias lícitas e ilícitas, demonstrando a fragilidade/vulnerabilidade dessas pessoas. Desse modo, evidenciamos a essencialidade do fortalecimento de práticas que favoreçam a adesão ao tratamento, como o fortalecimento da fé; bem como, importa mencionar que os profissionais de saúde que lidam com esses pacientes, também, precisam de atenção - cuidar de quem cuida.

Em nosso último bloco discursivo, enfrentamento, demonstramos relação entre religiosidade/espiritualidade e adoecimento pela TB, inclusive com o relato/evidência do uso de um objeto simbólico (uma pulseira da igreja utilizada no pulso esquerdo) para tornar visível a crença. Então, as narrativas dos portadores de TB resistente, conforme transcrições e análises, sob a égide da FR, demonstraram que o exercício da fé é parte fundamental no combate da TB.

Portanto, perante as narrativas dos portadores de TBDR e as considerações manifestas, destacamos quatro pontos:

1. A espiritualidade/religiosidade emerge como um elemento de enfrentamento da TB, pois pode-se constatar que o processo de vulnerabilidade experimentado pelo indivíduo ao ser combinado com o elemento subjetivo espiritualidade/religiosidade tende a gerar a resiliência, que é a capacidade de superar adversidade, saindo reforçado desta. Dito isso, podemos ressaltar, então, que existe uma forte evidência de que a espiritualidade/religiosidade tende a promover uma atitude de resiliência para que o indivíduo adoecido posso enfrentar a doença;
2. A espiritualidade/religiosidade colabora com a organização da vida diária da pessoa portadora de TB porque se vê com ânimo para concretizar os passos diários para cura, isto é, a capacidade resiliente, que é fortalecida e já destacada no item anterior, colabora com a adesão ao tratamento e, também, dá disposição para que o indivíduo organize uma rotina que permite enfrentar a TB;
3. Destaca-se que a constituição de uma rede de apoio e a percepção dessa rede como um grupo que pretende emitir vibrações de cura, através de orações, influencia positivamente o comportamento da pessoa portadora de TB. Contudo, ressaltamos que não se discutiu aqui se, de fato, a oração influencia no comportamento ou diretamente no tratamento de cura. O que foi posto em discussão é que a pessoa portadora de TB, ao

saber que existe um grupo de apoio e que este grupo de apoio está orando por ela, que isso tende a gerar autoconfiança. Então, essa relação eu com o outro, ao gerar autoconfiança, pode ser uma evidência importante no enfrentamento da doença;

4. Ressalta-se que a espiritualidade/religiosidade colabora para que a pessoa portadora de TB assuma sua condição de pessoa que precisa de cuidado, que precisa organizar sua vida e aprender a viver de uma maneira diferente. Assim, essa atitude de ser uma pessoa que precisa de cuidado gera, também, uma postura proativa no tratamento da TB.

Nesse sentido, amparados pelos resultados desse estudo, recomendamos aos gestores dos serviços de saúde e das unidades que atendem aos portadores de TB que organizem oficinas para o desenvolvimento da capacidade resiliente; que fomentem a organização de grupos de apoio através das práticas integrativas e complementares (PICs), como por exemplo a terapia comunitária, a biodanza, pois modificam a relação do eu com o outro; bem como, a organização de oficinas que trabalhem a aceitação e a autoaceitação. Todos, evidentemente, dependem de elementos que são de caráter emocional e que, certamente, colaborarão com o desenvolvimento dessa capacidade de enfrentamento da doença, refletindo-se diretamente na adesão ao tratamento.

Por fim, manifesto o quanto esse trabalho foi desafiador, desde a sua concepção, destacando-se a disparidade entre as áreas de pertencimento e desenvolvimento - Saúde e Humanas, simbolizando o estreitamento entre essas áreas e a multidisciplinaridade do conhecimento. No caminho dessa construção, passamos pela necessidade de adaptações e readequações em virtude da pandemia pela covid-19, confluindo para a tese ora apresentada.

REFERÊNCIAS

a) Fontes primárias

Bíblia de Jerusalém. São Paulo: Paulus, 2016.

Bíblia do Peregrino. 3ed. São Paulo: Paulus, 2017.

Bíblia Tradução Ecumênica do Brasil - TEB. 3ed. São Paulo: Loyola, 2020.

b) Livros e artigos

ALEXANDER, F. **Medicina psicossomática: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

AMARAL, G.R.; AMARAL, L.M.; THOMÉ, M.T.; TRINDADE, K.V.C.; MONTE, L.K.S.; ARAÚJO, L.M.; SILVA, G L.O.; GADÊLHA, T.S. Tuberculose e suas repercussões oftalmológicas: uma revisão de literatura. **Braz. J. of Develop.** v. 6, n. 6, p. 41656-41668, 2020.

AMATUZZI, M.M. Fé e ideologia na compreensão psicológica da pessoa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.16, n. 3, p. 569-575, 2003.

ANDRADE, R.L.P.; VILLA, T.C.S.; PILLON, S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 de abril de 2022.

ANJOS, A. **Toda poesia de Augusto dos Anjos**. Rio de Janeiro: Editora José Olympio. 2011.

ANJOS, M. F. Para compreender a espiritualidade em Bioética. **In**: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 19-28.

ANTUNES, P.C.; LAGRANHA, D.M.; SOUSA, M.F.; SILVA, A.M.; FRAGA, A.B. Revisão sistemática sobre práticas corporais na perspectiva das práticas integrativas e complementares em saúde. **Motrivivência**. v. 30, n. 55, p. 227-247, 2018.

ANYFANTAKIS, D. Holly Sacrament: the medicine of spiritual immortality or a vehicle for contamination? Med Glas (Zenica). v. 18, n. 2, p. 334-337, 2021

ARENS, E. **A Bíblia sem mitos: uma introdução crítica**. São Paulo: Paulus, 2007.

AUGUSTO, C.J.; CARVALHO, W.S.; GONÇALVES, A.D.; CECCATO, M.G.B.; MIRANDA, S.S. Characteristics of tuberculosis in the state of Minas Gerais, Brazil: 2002-2009. **J Bras Pneumol**. v. 39, n. 3, p. 357-364, 2013.

ASAD, T. A construção da religião como uma categoria antropológica. **Cadernos de Campo**. v. 19, n. 19, p. 263-284, 2010.

ASAD, T. **Genealogies of religion: discipline and reasons of power in Christianity and Islam**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993. 344p. (doi:10.1353/book.16014)

AZEVEDO, G.X. As benzedeiras na tecitura da cultura, religião e medicina populares. **Tese de Doutorado**. Goiânia: PUC/Goiás, 2017.

BALLESTERO, J.G.A.; MONCAIO, A.C.S.; SILVA, L.M.C.; SURNICHE, C.A.; LIMA, M.C.R.A.D.; PALHA, P.F. Tuberculose multirresistente: integralidade da atenção à saúde na perspectiva discursiva. **Esc Anna Nery**. v. 18, n. 3, p. 515-521, 2014.

BARTHOLOMAY, P.; PINHEIRO, R.S.; PELISSARI, D.M.; SANCHEZ, D.A.; DOCKHORN, F.; ROCHA, J.L.; PENNA, E.Q.A.A.; BARREIRA, D.; ARAÚJO, W.N.; DALCOLMO, M. Special Tuberculosis Treatment Information System (SITE-TB) in Brazil: background, description and perspectives. **Epidemiol. Serv. Saude**. v. 28, n. 2, p. 1-12, 2019.

BECERRIL-MONTES, P.; SAID-FERNÁNDEZ, S.; LUNA-HERRERA, J.; CABALLERO-OLÍN, G.; ENCISO-MORENO, J.A.; MARTÍNEZ-RODRÍGUEZ, H.G.; PADILLA-RIVAS, G.; NANCY-GARZA-TREVIÑO, E.; MOLINA-SALINAS, G.M. A population-based study of first and second-line drug-resistant tuberculosis in a high-burden area of the Mexico/United States border. **Mem Inst Oswaldo Cruz**. v. 108, n. 2, p. 160-166, 2013.

BERGER, P. **O dossel sagrado - Elementos para uma teoria sociológica da religião**. São Paulo: Paulus, 2013.

BERGER, P. A dessecularização do mundo: uma visão global. **Religião & Sociedade**, v. 21, n. 1. Rio de Janeiro: Iser, 2001.

BERTOLLI FILHO, C. **História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 248p.

BOCCIA, D.; HARGREAVES, J.; DE STALOVA, B. L.; FIELDING, K.; SCHAAP, A.; GODFREY-FAUSSETT, P.; AYLES, H. The association between household socioeconomic position and prevalent tuberculosis in Zambia: a case-control study. **PloS one**. v. 6, n. 6, p. e20824, 2011.

BOFF, L. **Espiritualidade – Um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante, 2001. 96p.

BORIS, G.D.J.B. A (pouco conhecida) contribuição de Bretano para as psicoterapias humanistas. **Revista de Abordagens Gestáltica**. v. XVII, n. 2, p. 193-197, 2011.

BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Simbólicas**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BRAGA, J.U.; PINHEIRO, J.S.; MATSUDA, J.S.; BARRETO, J.A.P.; Feijão, A.M.M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica

em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. **Cad Saúde Colet**. v. 20, n. 2, p. 225-233, 2012.

BRAKEMEIER, G. ***A autoridade da Bíblia:*** **controvérsias – significado – fundamento**. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, CEBI, 2003. 90p.

BRANDÃO, C. R. **Prece e Bençãos. Espiritualidades Religiosas no Brasil**. Aparecida: Santuário, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 366p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: Estratégias para 2021-2025**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. **Boletim Epidemiológico Especial** - Tuberculose 2021. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. **Nota Informativa Nº. 9/2021**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 10p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Diagnóstico Laboratorial de Tuberculose e Micobactérias não Tuberculosas de Interesse em saúde Pública no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. 492p.

CAMPOS, R.J.D.S. Influência das crenças religiosas/espirituais na remissão, qualidade de vida e saúde mental de pacientes com doença de Crohn ativa: estudo longitudinal de dois anos de seguimento. **Tese de Doutoramento**. Juiz de Fora: UFJF, 2020.

CARDOSO, L.M. Inclusão social prevista. Exclusão inevitável. Saúde, pureza e santidade no contexto do Levítico 13 e 14. **Dissertação de Mestrado**. Goiânia: UCG, 2001. 100p.

CAVALCANTI, J.O.F.S.; CARMONA, R.L.M.S; BARROS, I.C.S. Na saúde ou na doença: reflexões sobre religiosidade, espiritualidade e emocionalidade no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **In:** CARMONA, R.L.M.S; NASCIMENTO, D.F.; CAVALCANTI, J.O.F.S.; BARROS, I.C.S. Ciências das religiões: abordagens sobre espiritualidade, saúde e religiosidades. Cabedelo: IESP, p.14-35, 2019.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**. v. 20, n. 3: 599-606, 2011.

COELHO, R.R. O universo social nas artes de curar no Brasil Colonial. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História-ANPUH**. São Paulo, julho, 2011. p. 1-17.

COLEMAN, W.L. **Manual dos tempos e dos costumes bíblicos**. Belo Horizonte: Editora Betânia, 1991. 360p.

CONDE, M.B.; SOUZA, G.M.; KRITSKI, A.L. **Tuberculose sem medo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

CORTHALS, A.; KOLLER, A.; MARTIN, D.W.; RIEGER, R.; CHEN, E.I.; BERNASKI, M.; RECAGNO, G.; DÁVALOS, L.M. Detecting the Immune System Response of a 500 Year-Old Inca Mummy. **PLoS ONE** v. 7, n. 7, p. e41244, 2012. (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041244)

COUTINHO, J.P. Religião e outros conceitos. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. XXIV, p. 171-193, 2012.

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa & Projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341p.

CRUZ, R.J.B. Rudolf Otto e Edmund Husserl: considerações acerca das origens do método da Fenomenologia da Religião. **Horizonte**. v. 7, n. 15, p.122-141, 2009.

DACAL, M.D.P.O.; SILVA, I.S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **SAÚDE DEBATE**. v. 42, n. 118, p. 724-735, 2018.

DANIEL, V.S.; DANIEL, T.M. Old Testament Biblical References to Tuberculosis. **Clin Infect Dis**. v. 29, n. 6, p. 1557-1558, 1999. <https://doi.org/10.1086/313562>

DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. **A doença como caminho**. 1. ed. Cascais: Portugal, 2007.

DIAS, E.; PAIS-RIBEIRO, J.L. O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 55-66, 2019.

Dicionário Prático Bilíngue Português-Hebraico – Hebraico-Português. São Paulo: Editora Prolog, 2018.

DIETRICH, L.J.; SILVA, C.M.D. Religião, revelação, textos sagrados. **Rev. Pistis Prax**. v. 13, n. 1, p. 627-656, 2021.

DINOTOS, S. **Dicionário Hebraico-Português**. São Paulo: Editora H. Koersen Ltda., 1962.

DORIA, J. L.; DUARTE, J.M.C.; SARAIVA, P.C.S. Tuberculose: a história e o património - Memórias da doença através da História em exposição no Museu do IHMT. **An Inst Hig Med Trop**. v.16, p. 89-101, 2017.

DOUGLAS, J.D. **O Novo Dicionário da Bíblia.** Tradução: BENTES, J. 3ed. São Paulo: Vida Nova, 2006. 1423p.

DUARTE, A.A.M. Associação entre religiosidade, espiritualidade, qualidade de vida e o sistema nervoso autônomo de pacientes com doenças pulmonares. **Tese de Doutorado**. Porto Alegre: UFCSPA, 2018.

DURKHEIM, É. **As Formas Elementares de Vida Religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

EDLER, F.; FONSECA, M.R.F. A medicina de cabeceira. **Cadernos ABEM**. v. 2, p. 11-12, 2006.

EDLER, F.; FONSECA, M.R.F. O Ensino Médico no cenário republicano. **Cadernos ABEM**. v. 2, p. 19-20, 2006.

EDLER, F.; FONSECA, M.R.F. Saber erudito e saber popular na medicina colonial. **Cadernos ABEM**. v. 2, p. 08-10, 2006.

ELIADE, M. **O sagrado e o profano – a essência das religiões**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ELIADE, M. **Origens: história e sentido na religião.** Lisboa: Edições 70, 1989.

ELIAS NETO, J. Tuberculose e Literatura: a musa branca na obra de Tulo Hostílio Montenegro. 2016. **Conference: Biblioteca Pública do Espírito Santo**. Disponível em < file:///D:/Downloads/TUBERCULOSE-AMUSABRANCA-ApresentaoBPES20-10-16.pdf> Acessado em 20 de julho de 2021.

FIGUEIREDO, M.L.Z.P. Doença e cura no Pentateuco e nos livros históricos: uma leitura à luz do Oriente Médio Antigo. **Dissertação de Mestrado**. São Paulo: USP, 2009. 127p.

FILORAMO, G.; PRANDI, C. **As ciências das religiões**. São Paulo: Paulus, 2016.

FLECK, M.P.A.; BORGES, Z.N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N.S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**. v. 37, n. 4, p. 446-455, 2015.

FONSECA, E.C.R. Avaliação da espiritualidade e religiosidade em pacientes adultos com diabetes mellitus tipo 1. **Tese de Doutorado**. Cuiabá: UFMT, 2019.

FORNAZARI, S.A.; FERREIRA, R.E.R. Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense, 1977.

FRANCISCO, E.F. **Antigo Testamento Interlinear Hebraico-Português**: Volume 1, Pentateuco. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2012.

FRANÇA, C. **Psicologia Fenomenológica: uma das Maneiras e se Fazer**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1989.

GAMA, K.N.G.; PALMEIRA, I.P.; RODRIGUES, I.L.A.; FERREIRA, A.M.R.; OZELA, C.S. O impacto do diagnóstico da tuberculose mediante suas representações sociais. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 72, n. 5, p. 1254-1261, 2019.

GIBBS, G.R. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GLER, M.T.; PODEWILS, L.J.; MUNEZ, N.; GALIPOT, M.; QUELAPIO, M.I.D.; TUPASI, T.E. Impact of patient and program factors on default during treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Int **J Tuberc Lung Dis**. v. 16, n. 7, p. 955-960, 2012.

GOMES, N.S.; FARINA, M.; FORNO, C.D. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. **Revista de Psicologia da IMED**. v. 6, n. 2, p. 107-112, 2014.

GONÇALVES, P.S.L.; FERNANDES, M.L. Fenomenologia da religião: teoria e aplicação. **Reflexão**, v. 45, p. e204953, 2020.

GONSALVES, E.P. **Conversas Sobre Iniciação à Pesquisa Científica**. São Paulo: Alínea, 2018.

GRESCHAT, H.J. **O que é Ciência da Religião?** São Paulo: Paulinas (Coleção Repensando a Religião), p. 05-28, 2005.

GUIMARÃES, R.M.; LOBO, A.P.; SIQUEIRA, E.A.; BORGES, T.F.F.; MELO, S.C.C. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **J Bras Pneumol**, v. 38, n. 4, p. 511-7, 2012.

GUSMÃO, S. História da medicina: evolução e importância. **J Bras Neurocirurg**. v. 15, n. 1, p. 5-10, 2004.

HARRIS, R.; ARCHER JR, G.; WALKTE, B. **Dicionário Internacional de Teologia do Antigo Testamento**. São Paulo: Vida Nova, 1998.

HEIDEGGER, M. **Phänomenologie des Religiösen Lebens: Gesamtausgabe**. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann, 1995.

HIJJARL, M.A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G.M.; PROCÓPIO, M.J. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil**. Rev Saúde Pública**. v. 41, n. Supl. 1, p.50-58, 2007.

HOBRINK, B. **Modern Science in the Bible: amazing scientific truths found in ancient texts**. New York: Howards Books, 2011.

HOCK, K. **Introdução à Ciência da Religião**. São Paulo: Loyola, 2010.

HOLLADAY, W.L. **Léxico Hebraico e Aramaico do Antigo Testamento**. São Paulo: Edições Vida Nova, 2010, 628p.

HUSSERL, E. **Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica**. Aparecida: Ideias e Letras, 2006.

INCERTI, F.; MATEUCCI, R.R. **À escuta do infinito. Estamos mais perto de Deus?** Curitiba: PUCPress, 2018. 70p.

INOUE, T.M.; VECINA, M.V.A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst**. v. 35, n. 2, p. 127-130, 2017.

JARAMILLO, R.G. Coping religioso/espiritual: vivências de familiares de crianças e adolescentes com câncer. **Tese de Doutoramento**. Brasília: UnB, 2019.

KELLY, E.; MYERS, B.; HENDERSON, B.; SPRIK, P.; WHITE, K.B.; PAWLIK, T.M. The Influence of Patient and Provider Religious and Spiritual Beliefs on Treatment Decision Making in the Cancer Care Context. **Med Decis Making**. v. 42, n. 1, p. 125-134, 2022.

KIENZLER, C.; WACHHOLTZ, A. The impact of religion, spirituality, and empathy factors on acute pain and prosocial behaviors in a diverse sample. **Spirituality in Clinical Practice**. v. 9, n. 1, p. 26-39, 2022. <Disponível em https://doi.org/10.1037/scp0000283>

KIRST, N.; KILP, N.; SCHWANTES, M.; RAYMANN, A.; ZIMMER, R. **Dicionário Hebraico-Português e Aramaico-Português**. São Leopoldo: Editora Sinodal; Petrópolis: Editora Vozes, 1988.

KOCH, R. Die Atiologie der Tuberkulose. **Berliner Kliniscben Wocbenschift**. v.15, p. 221-230, 1882.

KOENIG, H.G. **Medicina, Religião e Saúde: O encontro da ciência e da espiritualidade**. Tradução Iuri Abreu. Porto Alegre: L&PM Editores, 2012.

KOENIG, H.G.; PARGAMENT, K.I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 186, p. 513-522, 1998.

KOZAKEVICH, G.V.; SILVA, R.M. Tuberculose: revisão de literatura. **Arq. Catarin Med**. v. 44, n. 4, p. 34-47, 2015.

KÜNG, H. **Freud e a questão da religião**. Campinas: Verus, 2010.

LATOUR, B. "Não congelarás a imagem", ou: como não desentender o debate Ciência-Religião. **MANA**. v.10, n. 2, p. 349-376, 2004.

LEE, S. *Hayyôm* como uma linguagem da Aliança que expressa "atemporalidade" em Deuteronômio. **Dissertação de Mestrado**. São Paulo: USP, 2017. 96p.

LEHMANN, D. Hope and Religion. **Estudos Avançados**, v. 26, n.75, p. 219-236, 2012.

LEMOS, C.T. Espiritualidade, religiosidade e saúde: uma análise literária. **Caminhos**. v. 17, n. 2, p. 688-708, 2019.

LÉVI-STRAUSS, C. “Présentation”. Chroniques d’une conquête. **Ethnies**. v. 14, p. 5-7, 1993.

LIANG, L.; WU, Q.; GAO, L.; HAO, Y.; LIU, C.; XIE, Y.; SUN, H.; YAN, X.; LI, F.; LI, H.; FANG, H.; NING, N.; CUI, Y.; HAN, L. Factors contributing to the high prevalence of multidrug-resistant tuberculosis: a study from China. **Thorax**. v. 67, n. 7, p. 632-638, 2012.

LO IACONO, C.S. Bíblia: palavra de Deus em linguagem humana: sua interpretação no passado e na contemporaneidade. **Dissertação de Mestrado**. São Leopoldo: EST/PPG, 2014. 159p.

LOMTADZE, N.; ASPINDZELASHVILI, R.; JANJGAVA, M.; MIRTSKHULAVA, V.; WRIGHT, A.; BLUMBERG, H.M.; SALAKAIA, A. Prevalence and risk factors for multidrug-resistant tuberculosis in Republic of Georgia: A population based study. **Int J Tuberc Lung Dis**. v. 13, n. 1, p. 68-73, 2009.

MACIEL, M.S.; MENDES, P.D.; GOMES, A.P.; BATISTA, R.S. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev. Bras. Clin. Med.** v. 10, n.3, p. 226-30, 2012.

MADRUGA, C.M.D. Importância da fé na medicina. **Jornal CRM-PB**. Ed. 63. 2005. <http://www.crmpb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21863:importancia-da-fe-na-medicina&catid=46:artigos&Itemid=483>. Acesso em 19/12/2021

MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L.; SILVA, M.M.A.; ROCHA, D.; CASTRO, A.M.; REIS, A.A.C.; AKERMAN, M. National Health Promotion Policy (PNPS): chapters of a journey still under construction. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

MARUZA, M.; ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; COIMBRA, I.; MOURA, L.V.; MONTARROYOS, U.R.; MIRANDA FILHO, D.B.; LACERDA, H.R.; RODRIGUES, L.C.; XIMENES, R.A.A. Risk factors for default from tuberculosis treatment in HIV-infected individuals in the state of Pernambuco, Brazil: a prospective cohort study. **BMC Infectious Diseases**. v. 11, p. 351, 2011.

MAUSS, M. Esboço de uma teoria geral da magia. **In**: MAUSS, M. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Cosac & Naif, 2003, pp.47-181.

MEDEIROS, N.M.P.F.C. Caracterização da tuberculose resistente no Estado da Paraíba de 2003 a 2013. **Dissertação de Mestrado**. Recife: UFPE, 2015. 109p

MONIRUZZAMAN, A.; ELWOOD, R.K.; SCHULZER, M.; FITZGERALD, J.M. A population-based study of risk factors for drug-resistant TB in British Columbia. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**. v. 10, n. 6, p. 631-638, 2006.

MONTEIRO, L.V.B.; ROCHA, J.R. A dimensão espiritual na compreensão do processo saúde-doença em psicologia da saúde. **Ciênc Biol Saúde Unit**. v. 4, n. 2, p. 15-30, 2017. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosaude/article/view/2094/2601

MUKHERJEE, S. **The emperor of all maladies: a biography of cancer**. New York: Scribner, 2010. 597p.

NUNES, A.P.; MARIZ, C.; FAERSTEIN, E. Saúde, religião e trânsito religioso: estudo pró-saúde. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**. v. 59, n. 4, p. 1241-1274, 2016.

OLIVEIRA, M.C.D.; CARVALHO, G.R.; MOURA, S.C.N.; RIBEIRO, A.C. Incidência de tuberculose no Brasil: fatores associados ao abandono do tratamento. **Revista Bionorte**. v. 8, n.1, p. 11-23, 2019.

OLIVEIRA, M.R.; JUNGES, J.R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**. v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012.

OTTO, R. **O sagrado – Os aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional**. São Leopoldo: Sinodal/EST; Petropólis: Vozes, 2007.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. Revisão de literatura: Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. Psiq. Clin**. v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007.

PARAÍBA. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. Gerências Executiva de Vigilância em Saúde e de Condições Crônicas e IST. Núcleo de Doenças Crônicas e Negligenciadas. **Boletim Epidemiológico**. n.02, 2021. 3p.

PASSOS, J.D.; USARSKI, F. **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas, 2016.

PATEL, D.M.; PATEL, S.D.; JAISWAL, P.S.; BRAHMBHATT, K.J. Drug resistant *Mycobacterium tuberculosis* and new drug development. **Int J Drug Dev & Res**. v. 4, n. 2, p. 76-91, 2012.

PEACE, A.; ANDRESON, J. **Modern technology and sciences... in the Bible**. Bloomington: Xlibris Corporation, 2012.

PEÇANHA, D.L.; SILVA, P.M. **Saúde mental: estudos sobre a contribuição da espiritualidade**. Universidade Federal de São Carlos, Centro de Educação em Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, 2005 [s.d.].

PESSINI, L.A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. **O Mundo da Saúde**. v. 31, n. 2, p. 187-195, 2007.

PIETROBON, R.C. Espiritualidade na saúde cardiovascular. **Tese de Doutoramento**. Porto Alegre: Fundação Universitária de Cardiologia, 2018.

PORTER, R. Cambridge: História da Medicina. Rio de Janeiro: **REVINTER**, 2008.

PÔRTO, A. Social representations of tuberculosis: stigma and prejudice. **Rev. Saúde Pública**. v. 41, Supl. 1, p. 1-7, 2007.

POSSEBON, E.G.; POSSEBON, F. **Ensaios sobre espiritualidade, emoções e saúde**. João Pessoa: Editora Libellus, 2017.

PRANDI, Carlo. As religiões: problemas de definição e de classificação (Apêndices). In: G. FILORAMO; C. PRANDI. **As Ciências das Religiões**. São Paulo: Paulus, 2016, p. 253-284.

RADOVIĆ, M.; ĐORĐEVIĆ, A.; BOŽANIĆ, B. The Burden of Tuberculosis as a Permanent Medical and Legal Challenge for Mankind through Centuries. **Acta facultatis medicae Naissensis**. v. 38, n. 3, p. 210-224, 2021.

RIBEIRO, L.B.; MAGALHÃES, V.; MAGALHÃES, M. Resistência primária e adquirida à pirazinamida em pacientes com tuberculose pulmonar atendidos em um hospital de referência no Recife. **J Bras Pneumol**, v. 38, n. 6, p. 740-7, 2012.

RIBEIRO, J.P. **Gestalt-terapia: o processo grupal. Uma abordagem fenomenológica da teoria do campo e holística**. 2ed. São Paulo: Summus, 1994. 192p.

RODRIGUES, E. A recepção da noção de pureza na experiência religiosa de "obreiros" evangélicos. **Estudos de Religião**, v. 23, n. 36, p. 80-106, 2009.

RODRIGUES, S.X.V.F. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: um olhar da logoterapia e análise existencial. **Tese de Doutoramento**. Recife: UNICAP, 2019.

RÖHR, F. Religião, Ciência e Educação. **FAHS – Revista de Filosofa e Teologia da Faculdade Dom Heitor Sales**. ano 01, n. 02, p. 08-29, 2012. Disponível em <http://www.fahs.edu.br/revista> Acesso em 01/05/2020.

RÖHR, F. Espiritualidade e formação humana. **Poiésis**. n. especial, p. 53-68, 2011.

ROOF, W.C. Planejamento de pesquisas. **REVER**. n. 1, p. 144-161, 2015.

ROSEMBERG, J. Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Bol. Pneumol. Sanit.** v. 7, n. 2, p. 5-29, 1999.

SAMPAIO, D.S. "As manifestações de religiosidade não contém traços necessários de uma religião": uma análise das relações entre poder judiciário e religiões afro-brasileiras. **Mneme** - Revista de Humanidades, v. 15, n. 34, p. 54-82, 2014.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SARRAZIN, J.P. La relación entre religión, espiritualidad y salud: una revisión crítica desde las ciencias sociales. **Hallazgos**. v. 18, n. 36, p. 409-442, 2021.

SCHMIDT, C.; NAUTA, L.; DANG, A. Physician Disengagement and Spiritual Dissonance in Medical Students. **Fam Med**. v. 53, n. 1, p. 58-60, 2021.

SCHWARCZ, L.M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SEGUNDO, J.L. **Fé e ideologia: as dimensões do homem**. São Paulo: Loyola, 1983.

SEN, H.S.; ABAKAY, O.; DALLI, A.; SEZGI, C.; TANRIVERDI, M.H.; PALANCI, Y.; ABAKAY, A.; TANRIKULU, A.C. Predisposing factors for multi-drug resistant Tuberculosis in Southest Region of Turkey. **African Journal of Microbiology Research**, v. 6, n. 38, p. 6730-6735, 2012.

SERAFIM LEITE, S. I. **Novas cartas jesuíticas (De Nóbrega a Vieira)**. 5 série. Vol. 194. Brasiliana - Biblioteca Pedagógica Brasileira. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1940. 344p.

SILVA, E.A.; SILVA, G.A. O sentido de vivenciar a tuberculose: um estudo sobre representações sociais das pessoas em tratamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 26, n. 4, p. 1233-1247, 2016.

SILVA, G.P.F. Impacto da reabilitação pulmonar no *coping* religioso e religiosidade de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Tese de Doutorado**. Fortaleza: UFCE, 2017.

SILVA, V.D.; MELLO, F.C.Q.; FIGUEIREDO, S.C.A. Estimativas das taxas de recidiva, cura e abandono de tratamento em pacientes com tuberculose pulmonar tratados com esquema de dose fixa combinada de quatro drogas em uma unidade de saúde terciária na cidade do Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol**. v. 43, n. 2, p. 113-120, 2017.

SILVEIRA, E.J.S. Uma metodologia para as Ciências da religião? Impasses metodológicos e novas possibilidades hermenêuticas. **Paralellus**. v. 7, n. 14, p. 73-98, 2016.

SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento humano**. Tradução João Carlos Todorov, Rodolfo Azzi. 1ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

STRELHOW, M.R.W.; SARRIERA, J.C. Evidências de validade do índice de religiosidade de duke (P-DUREL) entre adolescentes. **Aval. psicol.** v. 17, n. 3, p. 330-338, 2018.

STRINGHINI, P.L. A cura na Bíblia. **Revista de Cultura Teológica**. n. 19, p. 119-132, 1997.

SUÁREZ-GARCIA, I.; RODRÍGUEZ-BLANCO, A.; VIDAL-PÉREZ, J.L.; GARCÍA-VIEJO, M.A.; JARAS-HERNÁNDEZ, M. J.; LÓPEZ, O.; NOGUERADO-ASENSIO, A. Risk factors for multidrug-resistant tuberculosis in a tuberculosis unit in Madrid, Spain. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis**, v. 28, n. 4, p. 325-330, 2009.

SUBHAKTHA, P.K.; NARAYANA, A.; SHARMA, B.K.; RAO, M.M. Diet, dietetics and flora of the Holy Bible. **Bull Indian Inst Hist Med Hyderabad**. v. 36, n. 1, p. 21-42, 2006.

SUDHOFF, K. **Essays in the history of medicine**. New York: Medical Life, 1926.

SUN, J. Medical implication in the Bible and its relevance to modern medicine. **Journal of Integrative Medicine**. v. 11, n. 6, p. 416-421, 2013.

TAVARES, C.Q.; VALENTE, T.C.O.; CAVALCANTI, A.P.R.; CARMOS, H.O. Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas. **Interações**. v. 11, n. 20, p. 85-97, 2016.

TEILHARD DE CHARDIN, P. **Vida e pensamentos**. São Paulo: Martin Claret, 2001.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**. v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

TENNEY, M.C.; PACKER, J.I.; WHITE JR, W. **Vida Cotidiano nos Tempos Bíblicos**. São Paulo: Ed. Vida, 1988.

TONIOL, R. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico**, Brasília, UnB, v. 42, n. 2, p.267299, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.4000/aa.2330 < Acesso em 16 de dezembro de 2020>.

TOSTES, J.S.R.M. Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo longitudinal. **Tese de Doutorado**. Juiz de Fora: UFJF, 2018.

UNDERWOOD, L.G.; TERESI, A.J. The daily spiritual scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 24, n. 1, p. 22-33, 2002.

URCHAGA-LITAGO, J.D.; MORÁN-ASTORGA, C.; FÍNEZ-SILVA, M.J. La Religiosidad Como Fortaleza Humana. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**. v. 1, n. 1, p. 308-317, 2019.

VALLE, B. Prefácio. **In**: INCERTI, F.; MATEUCCI, R. R. À escuta do infinito. Estamos mais perto de Deus? Curitiba: PUCPress, 2018. 70p.

VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia.** 6ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2020.

VILHENA, M.A. **Ritos: expressões e propriedades**. São Paulo: Paulinas, 2005.

WALTON, J.H.; MATTHEWS, V.H.; CHAVALAS, M.W. **Comentário Bíblico Atos: Antigo Testamento**. Belo Horizonte: Editora Atos, 2003. 864p.

WEBER, M. Sociologia da Religião (Tipos de Relações Comunitárias Religiosas). **In**: Economia e Sociedade, fundamentos da sociologia compreensiva. Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. 4a ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2000/2009 (reimpressão).

WEISER, A. **O que é milagre na Bíblia: para você entender melhor os relatos dos evangelhos**. São Paulo: Edições Paulinas, 1978.

WHO. World Health Organization 2018. Disponível em: https://www.who.int/about/mission/en/ <Acesso em: 09/12/2020>.

WHO. World Health Organization **Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected: interim guidance**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications-detail/infectionprevention-and-control-during-health-care-when-novelcoronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125 <Acesso em 28/11/2020>.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2020.** Geneva: World Health Organization, 2020. 232p.

ZACARON, K.A.M. Efeitos da imposição de mãos com ou sem componente espiritual como terapia complementar à cinesioterapia na dor e funcionalidade de idosas com osteoartrite de joelhos: ensaio clínico controlado randomizado. **Tese de Doutoramento**. Juiz de Fora: UFJF, 2020.

ANEXO I - QUESTIONÁRIO PARA A COLETA DE DADOS

Iniciais:_____ Prontuário:_____ Data da coleta:___/_____/_____

I - Variáveis demográficas

a. Sexo: 1 ( ) Masculino; 2 ( )Feminino
b. Idade (em anos): _____
c. Raça/cor: 1 ( )Branca; 2 ( )Preta; 3 ( ) Amarela; 4 ( ) Parda; 5 ( ) Indígena; 6 ( ) Ignorado
d. Naturalidade/Procedência: _____
e. Profissão: _____
f. Nível de escolaridade:
1 ( )Analfabeto
2 ( ) Analfabeto funcional
3 ( ) Fundamental incompleto (até 9 anos incompletos)
4 ( ) Fundamental completo
5 ( ) Médio incompleto (até 3 anos incompletos)
6 ( ) Médio completo
7 ( ) Superior incompleto
8 ( ) Superior completo
9 ( ) Ignorado
10 ( ) Não se aplica
g. Estado civil: _____

II - Variáveis patológicas

a. Diagnóstico: _____
b. Data do diagnóstico: _____
c. Fumo: 1 ( )Sim; 2 ( )Não; 3 ( )Ignorado
d. Uso de álcool: 1 ( )Sim; 2 ( )Não; 3 ( )Ignorado
e. Uso de drogas: 1 ( )Sim; 2 ( )Não; 3 ( ) Parou. Quanto tempo? _____
( )Ignorado
f. Comorbidades associadas:
1 ( )HIV/AIDS
CD_4 mais recente: _____ Uso regular de TARV: 1 ( )Sim; 2 ( )Não
Observação: _____
2 ( ) DM
3 ( ) HAS
5 ( ) Hepatite viral. Qual? _____ Em tratamento? _____
6 ( ) Outra comorbidade? Qual? _____
g. Abandono do tratamento: 1 ( )Sim; 2 ( )Não. Quantas vezes? _____
Se sim, por quê? _____
_____

III. Variáveis religiosas

a. O(A) senhor(a) tem fé? 1 ( )Sim; 2 ( ) Não

b. O que entende por fé? _____
_____
c. Qual a religião de formação/de escolha? _____
d. Mudou de religião? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não. Se sim, quantas vezes? _____
e. Qual (is) razão (ões) para a mudança? _____
f. A mudança está relacionada a doença atual? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não.
Observação: _____

g. Qual a visão da doença atual? _____
_____
_____
_____

h. Quanto à resistência e a necessidade de prolongar o tratamento, qual o seu pensamento sobre isso? _____
_____
_____
_____

i. Pratica alguma atividade ligada à espiritualidade e/ou religiosidade? 1 ( )Sim; 2 ( ) Não
Se sim, qual atividade? _____
Qual a frequência? _____
j. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar a doença? _____
_____
_____
_____

k. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar o tratamento prolongado?
_____
_____
_____

Observações gerais:

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____.(nome do sujeito da pesquisa),_____ (nacionalidade), _____ (idade em anos), _____ (estado civil) _____, (profissão),_____ _____(endereço) , _____ (RG), _____ (prontuário) estou sendo convidado a participar de um estudo denominada **"A BÍBLIA E AS DOENÇAS INFECCIOSAS: ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE PORTADORES DE TUBERCULOSE RESISTENTE E A PROVAÇÃO DA FÉ"**, cujos objetivos e justificativas são: identificar nas narrativas bíblicas do Pentateuco das traduções - *Bíblia do Peregrino* (2017), *Bíblia de Jerusalém* (2016) e a *Tradução Ecumênica da Bíblia* - (TEB) (2020), os episódios de possíveis doenças infecciosas, evidenciando os desfechos de tuberculose; comparar as narrativas bíblicas, nas quais a tuberculose está referenciada nas traduções elencadas; apresentar a tuberculose enquanto doença globalizada e em sua localidade, referenciar o papel do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga no acolhimento e tratamento desses pacientes; registrar como a espiritualidade interfere no processo de enfrentamento saúde-doença nos casos de tuberculose; evidenciar as narrativas de portadores de tuberculose e a provação da fé.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder as questões de ordem sociorreligiosa e patológica, no que tange o diagnóstico de tuberculose, descrevendo momentos e/ou experiências vividas durante o acometimento dessa doença.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso contribuir para uma melhor compreensão da espiritualidade diante das doenças infecciosas a partir do meu depoimento.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, é possível ocorrer um momento de maior sensibilização, com despertar de emoções, tais como o choro, durante a entrevista em virtude da descrição dos momentos vivenciados.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também, fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é **Nilma Maria Pôrto de Farias Cordeiro de Medeiros**, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões/UFPB, e com ela poderei manter contato pelo telefone (83) 99924-4446.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

João Pessoa, _____ de _____ de 202__.

_____

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

_____

Nilma Maria Pôrto de Farias Cordeiro de Medeiros
Pesquisadora responsável

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA – C.H.C.F.

GOVERNO DA PARAÍBA

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Autorizo a realização da pesquisa intitulada "**A Bíblia e as Doenças Infecciosas: Ontem e Hoje"**, o qual tem como objetivo colher elementos para a Tese da Discente, Nilma Maria Porto de F. Cordeiro de Medeiros, RG 1.839.442 SSP/PB, matricula 20181023166, recebeu aprovação ad referendum do Colegiado Doutorando do Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões, para ser submetido á apreciação do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba. Orientador Professor Dr. Fabricio Possedon.

Objetivo geral: Identificar as doenças infecciosas nos textos bíblicos, sua ocorrência na atualidade e o papel da religiosidade no tratamento. Traçar um perfil socioeconômico e religioso dos portadores dessas doenças e suas implicações, fortalecer a interseção das esferas religiosas e cientificas no campo das doenças infecciosas. Conforme projeto apresentado ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosa Dr. Clementino Fraga (CHCF). O inicio da coleta de dados só está autorizado após aprovação da referida pesquisa no Comitê de Ética, de acordo com a Resolução do N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para realização da coleta de dados pesquisador deverá se apresentar ao NEP/CHCF e seguir Normas e rotinas desta Unidade Hospitalar, e obter o consentimento dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Pesquisadora deverá se apresentar ao NEP/CHCF os resultados finais do trabalho realizado.

João Pessoa-PB 08 de outubro de 2018.

Thais Maira de Matos
Diretora Geral
Mat.: 164.750-3
Complexo Hosp. Dr. Clementino Fraga

Thais Maira de Matos
Diretora Geral

O C.H.C.F. Fazendo saúde pública com qualidade

SUS

Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga - C.N.P.J. 08.778.268/0005-94
Rua: Ester Borges Bastos, s/n - Jaguaribe – CEP. 58015-270 - João Pessoa/PB - Fone: 32185449 – Fax: 3218 5416
E-mail: cep_chcf@hotmail.com

ANEXO IV – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Bíblia e as doenças infecciosas: ontem e hoje
Pesquisador: NILMA MARIA PÔRTO DE FARIAS CORDEIRO DE MEDEIROS
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 97922818.7.0000.5188
Instituição Proponente: CENTRO DE EDUCAÇÃO
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.037.986

Apresentação do Projeto:
PROJETO VINCULADO AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Identificar as doenças infecciosas nos textos bíblicos, sua ocorrência na atualidade e o papel da religiosidade no tratamento.
Objetivo Secundário:
• Identificar a ocorrência de doenças infecciosas nos textos bíblicos, antigo e novo testamento;
• Avaliar a figura do Cristo e as repercussões da fé sobre as doenças identificadas;
• Verificar quais das doenças identificadas ocorrem na atualidade;
• Analisar os fatores que perpetuam essas doenças;
• Traçar um perfil socioeconômico e religioso dos portadores dessas doenças e suas implicações;
• Fortalecer a interseção das esferas religiosas e científicas no campo das doenças infecciosas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Não há riscos previstos.
Benefícios:

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

Fortalecimento da espiritualidade no âmbito das doenças infecciosas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo proposto será desenvolvido em duas etapas. A primeira corresponderá a um estudo descritivo, documental e qualitativo, no intuito de
identificar as doenças infecciosas nos textos bíblicos, antigo e novo testamento, baseando-se nas descrições dos sinais e sintomas e corroborando
os supostos diagnósticos com a literatura específica vigente. Por outro lado, será elencado as repercussões que a passagem do Cristo tenha desencadeado no tocante ao fortalecimento da fé e a cura dessas doenças. A segunda etapa do estudo será de natureza analítica, observacional e
prospectiva, no intuito de verificar, fundamentados nos dados iniciais obtidos, as doenças infecciosas que ainda ocorrem na atualidade, os fatores que as perpetuam e traçar um perfil socioeconômico e religioso dos portadores dessas doenças e suas implicações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão anexados, conforme prevê a legislação.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.
Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1200114.pdf	09/10/2018 19:49:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Nilma.docx	09/10/2018 19:49:15	NILMA MARIA PÔRTO DE FARIAS CORDEIRO DE MEDEIROS	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	09/10/2018 19:48:49	NILMA MARIA PÔRTO DE FARIAS CORDEIRO DE MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Nilma.docx	09/10/2018 19:48:23	NILMA MARIA PÔRTO DE FARIAS CORDEIRO DE MEDEIROS	Aceito
Outros	certidaoPPGCR.pdf	09/10/2018 19:46:38	NILMA MARIA PÔRTO DE FARIAS CORDEIRO DE MEDEIROS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	06/09/2018 22:55:34	NILMA MARIA PÔRTO DE FARIAS CORDEIRO DE MEDEIROS	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JOAO PESSOA, 26 de Novembro de 2018

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO V - ENTREVISTAS TRANSCRITAS

Sujeito 1

Iniciais: ELB Data da coleta: 12/08/2021

I - Variáveis demográficas

a. Sexo: 1 (X)Masculino; 2 ( )Feminino
b. Idade (em anos): 45
c. Raça/cor: 1 (X)Branca; 2 ( )Preta; 3 ( ) Amarela; 4 ( ) Parda; 5 ( ) Indígena; 6 ( ) Ignorado
d. Naturalidade/Procedência: João Pessoa/PB
e. Profissão: Lavador de carros
f. Nível de escolaridade:
1 ( ) Analfabeto
2 (X) Analfabeto funcional
3 ( ) Fundamental incompleto (até 9 anos incompletos)
4 ( ) Fundamental completo
5 ( ) Médio incompleto (até 3 anos incompletos)
6 ( ) Médio completo
7 ( ) Superior incompleto
8 ( ) Superior completo
9 ( ) Ignorado
10 ( ) Não se aplica
g. Estado civil: Solteiro, oficialmente. Teve uma união estável, mas a companheira faleceu.

II - Variáveis patológicas

a. Diagnóstico: TBPR (polirresistente) -
b. Data do diagnóstico: 12/07/2021 - Cultura de BK (13/11/2019) com resistência à Rifampicina e Etambutol
c. Fumo: 1 (X)Sim; 2 ( )Não; 3 ( )Ignorado
d. Uso de álcool: 1 (X)Sim; 2 ( )Não; 3 ( )Ignorado
e. Uso de drogas: 1 (X)Sim; 2 ( )Não; 3 ( ) Parou. Quanto tempo? Maconha, há vários anos ( )Ignorado
f. Comorbidades associadas:
1 ( )HIV/AIDS
CD_4 mais recente: _____ Uso regular de TARV: 1 ( )Sim; 2 ( )Não
Observação: _____
2 (X) DM
3 ( ) HAS
5 (X) Hepatite viral. Qual? Tipo C (2016). Em tratamento? Não. CV >3M (20/10/20) e CV 86.768 (05/01/2021)
6 ( ) Outra comorbidade? Qual? _____
g. Abandono do tratamento: 1 (X)Sim; 2 ( )Não. Quantas vezes? Duas a três vezes.
Se sim, por quê? Bebiba (álcool).

III. Variáveis religiosas

a. O(A) senhor(a) tem fé? 1 (X)Sim; 2( ) Não
"*Fé em Deus eu tenho.*"

b. O que entende por fé?
"*É só... É só...Escutando a palavra de Deus, né, que eu vejo a fé, né. Eu sou da igreja, da universal... Eu sou de lá. Aí, antes de vir pra cá, eu fui pra lá e o pastor me viu, tava sangrando demais. Disse: 'vá cuidar primeiro da sua saúde, depois você vem pra... Pra igreja"*.
- Então, o que o senhor entende por fé está relacionado com a palavra de Deus?
"*Só com a palavra de Deus*".
- Então, quando eu pergunto: o que é que o senhor pensa na fé, vem na sua cabeça a palavra de Deus?
"*Eu penso muito em Deus, né, que Ele existe, né*".
- Mas, eu digo a fé, o senhor tem alguma outra coisa que queira falar sobre sua fé?
"*Não, a outra coisa... O que tenho sobre a minha fé mermo é só a fé em Deus mermo. Somente*".

c. Qual a religião de formação/de escolha? Católica (foi coroinha) e, atualmente, frequenta a igreja universal.

d. Mudou de religião? 1 (X)Sim; 2 ( ) Não. Se sim, quantas vezes? Duas vezes.

e. Qual (is) razão (ões) para a mudança? Relata que era mais forte e que o pastor cuida.

f. A mudança está relacionada a doença atual? 1 (X)Sim; 2 ( )Não.
- A mudança tinha a ver com sua doença ou não?
"*Tinha, tinha, tinha.*"
Observação: _____

g. Qual a visão da doença atual?
"*Aí, eu vou... Quando ela parar de sangrar, né... quando ela parar de sangrar... tô tomando bastante medicação... Aí, alimpa tudo... Tá limpando geral tudo. Passar uns tempo... Uns tempo bom, né, pa deixar ela... Limpar, pa medicação... Na medicação, né... E, se não limpar tudo, aí vai... Vai dar problema, né. A medicação vai por dentro e lá vai... E tomando essas injeções que eu tomo... É a insulina que tomo, que é pa... Que é pa escorrimento de sangue... Sangramento, né. Aí, pronto... Eu tomo, tomo vários remédios. Sessão, seis injeção de manhã, uma de tarde e mais três de noite*".

h. Quanto à resistência e a necessidade de prolongar o tratamento, qual o seu pensamento sobre isso?
"*Penso nesse negoço bom, né, que tô levano, né... Tô... Tô o quê? Tô me participando, que eu tô usano minha saúde, né... Minha saúde tá voltando, né, de novo, né. Tão, ali em primeiro lugar, entendeu? Por conta dessa saúde, né... Botando sangue pa fora, em tempo de dá um derrame neu, tendeu? Eu tossir forte e o sangueiro vim duan vez, aí pronto*".

i. Pratica alguma atividade ligada à espiritualidade e/ou religiosidade? 1 (X)Sim; 2( ) Não
Se sim, qual atividade? Vai à igreja, escutar a voz do pastor e a palavra de Deus.
Qual a frequência? Três vezes por semana.
"*Na segunda, que é dia da libertação, do descarrego... Vou mais na sexta, que é dia da* (som incomprrensível), *pra tirar os mau entidades, né, e no domingo, também, né. De seis hora da manhã, seis às oito*".

j. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar a doença?
"*Dotora, porque esse negoço que a pessoa fala... Teve um menino aí que me explicou também, disse que participou dessa religião, aí diz ele que parou... Parou de tomar essas medicação todinha, aí ele ficou bom. Aí, peguei e desmenti ele... Digo: não... Porque o cara só fica bom, quando se alimenta da medicação ou quando a medicação... Você tomar todim. Do jeito que você tá bom, que a médica deu alta e o remédio invei de... Fez um exame em você e deu alta do remédio que você já tá bom, pronto, você aí agora... Tava até em ordem, já. Por quê? Porque Deus já deu a lembrança a você, já, pra você... Continuar o seu... Seu rumo pra frente. Se cuidar só, cuidar de sua menina... A menina que eu tem.* [É uma menina?] *É uma menina.* [Qual a idade dela?] *Deve ter uns três anos.* [É pequeninha...] *É novinha*".

k. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar o tratamento prolongado?
"*Tem, tem. Tem porque eu... Assim que eu saía daí pa igreja, eu... Eu tomava meu remédio direto, de oito hora pa nove hora. Hora certa. Oito hora, nove hora. Aí, eu ia de manhã de sete, de seis hora, seis e meia pa sete... Sete hora... Chegava em casa de oito, oito e meia, pa nove... Eu... Chegava e resolvia... Resolvia meus negoço, tomava minhas medicação, fazia minha comidinha, comia, pronto... Aí, ia pa rua, pra arrumar um trocado*".

- Tem alguma coisa que o senhor queira falar relacionada com religião e a tuberculose, alguma coisa que vem a sua cabeça ou no seu coração?
"*Não, isso aí não. Isso é porque, olhe, uma doença é outra e a religião é outra, né* [Como? Eu não entendi] *Uma doença... É outra e a religião já é outra, já* [O senhor acha que não tem nada a ver, não?] *Não, não tem nada a ver, não. Nada contra isso aí, não*".

Observações gerais:

Paciente refere que cresceu em família católica, inclusive foi coroinha na infância e depois mudou para a igreja universal, mas, atualmente, se considera católico. Mostra uma pulseira da igreja universal no pulso esquerdo, que sempre usa e relaciona com a melhora clínica.

- Por que o senhor mudou da católica para a universal?

"*Ah, isso foi um desvio... Eu passei o... Eu fui parar nos...* (sons incompreensíveis) *Mas, a religião de lá que é mais forte, né, que a palavra de Deus, né. Agora, só que parece que lá, eles disseram a mim, o povo grita e todo canto convivendo... É... Dizer que lá não gostam de Nossa Senhora, sabe, só de Jesus e Deus, somente*".

- Assim, quando o senhor escolheu ir para lá foi alguém que falou da religião universal e o senhor gostou ou foi só curiosidade, mesmo?

"*Não, que o menino foi e me chamou pra ir lá. Eu disse rapaz... Eu disse: rapaz, tô sonhando uns negócios ruins, tô com uns negócios ruins dentro de casa, tô tendo uns negócios ruins, escutando voz, escutando isso, escutando aquilo. Aí, ele disse: vamo ali, vamo ali mais eu. Digo: bora. Aí, me enfiou na igreja lá e me levou na presença do pastor, da... Da universal. O pastor olhou assim e disse: 'eu vou cuidar dele, ele precisa. Vou cuidar dele, mas ele vai ficar, vai ficar curado, sarado, aqui'. Pronto, aí foi que gostei, né... Pronto... E mais forte, né... Mais forte.* "

- Quando o senhor mudou tinha relação com a tuberculose ou não tinha nada a ver?

"*Não. Tinha relação com a tuberculose... Aí, só que eu disse a ele: olhe, eu tenho TB, viu. Aí, ele disse: 'eu não quero saber disso, não. Aqui, atendo muitas pessoas aqui que vai sair curado'*".

- Quando o senhor pensa na tuberculose na sua vida, o que é que vem a sua mente?

"*Aí, eu fico mais um pouquinho desgostoso, né... Mas,* (sons incompreensíveis) *é o jeito... Fazer o quê? Eu já tive, já, e... Voltou de novo, né. Eu já tive e voltou de novo. Eu tratei e consegui tirar ela. Ela foi e voltou. Agora voltou já resistente, né.*"

- O senhor acha, pensando assim na visão de Deus, de religião, essa doença o senhor considera que tem alguma coisa a ver, por exemplo é um castigo, ou então não é um castigo ou não tem nada a ver, como é que o senhor pensa sobre isso?

"*Não, por causa disso aí eu... eu... eu ter tratado da primeira vez, que era de seis mês. Aí... Aí, me encontrei com uma menina, né, me encontrei com a menina, que a menina tinha a doença, tinha essa doença. Mas, registrei.... Registrei que eu sabia. Mas, na hora relação não usava preservativo, né. Esse preservativo... Aí, pronto... Aí, peguei dela. Ela faleceu... Faleceu ano passado aqui, nessa enfermaria*".

- Então, o senhor se relacionou com uma pessoa que já tinha tuberculose resistente?

"*Sim, e de muitos anos*".

- Quando a gente pergunta assim: sobre a espiritualidade, a religiosidade, essa parte religiosa ou de contato com Deus, sem ser com religião, só de espiritualidade, tem ajudado o senhor a enfrentar essa doença de novo ou não tem nada a ver para o senhor?

"*Não, tem, tem... Porque eu passo o dia imaginando para enfrentar uma doença dessa* (sons incompreensíveis) *Essa doença tem cura, né... E vários médicos já disse aqui já. Disse: 'olhe, quanto mais você tomar sua medicação, que é um ano e seis mês, eu sei que demora um pouquinho, mas você consegue tirar ela. E, depois que tirar ela, pronto, ela não volta mais não'*".

- E com relação a, por exemplo, a igreja universal, o senhor achou que lhe ajudou com a doença?

"*Ajudou um pouquinho, quando eu... Eu tava sentindo que eu não tava... Eu levei com ela noi*" (eu levei pra orar?)

- Porque senhor me disse quando eu perguntei assim: hoje o senhor, sua religião hoje é da igreja universal ou da igreja católica?

"*Tanto faz, ser da católica ou ser da universal, porque Deus é um só*".

- Então, se a gente pensa pelo pensamento de religião, para o senhor tem lhe ajudado a enfrentar a doença?

"*Tem. Tem me ajudado muito*".

OBS: poucos dias depois o paciente evadiu do hospital, retornando uma semana depois com hemoptise, assumindo que saiu pela dependência ao álcool. Tem uma casa, mas fica pela rua. Tem uma filha, que foi com a esposa falecida por TB, que a irmã cuida.

Sujeito 2

Iniciais: FVM Data da coleta: 12/08/2021

I - Variáveis demográficas

a. Sexo: 1 (X)Masculino; 2 ( )Feminino
b. Idade (em anos): 45
c. Raça/cor: 1 ( )Branca; 2 ( )Preta; 3 ( ) Amarela; 4 (X) Parda; 5 ( ) Indígena; 6 ( ) Ignorado
d. Naturalidade/Procedência: João Pessoa/PB
e. Profissão: Pedreiro
f. Nível de escolaridade:
1 ( ) Analfabeto
2 (X) Analfabeto funcional
3 ( ) Fundamental incompleto (até 9 anos incompletos)
4 ( ) Fundamental completo
5 ( ) Médio incompleto (até 3 anos incompletos)
6 ( ) Médio completo
7 ( ) Superior incompleto
8 ( ) Superior completo
9 ( ) Ignorado
10 ( ) Não se aplica
g. Estado civil: Solteiro.

II - Variáveis patológicas

a. Diagnóstico: TBP em 01/09/2017 e TBMDR (multidroga resistente)

b. Data do diagnóstico: 24/09/2020 - Cultura de BK (04/10/2020) com resistência à Rifampicina e Isoniazida
c. Fumo: 1 ( )Sim; 2 ( )Não; 3 ( )Ignorado – Relata que parou de fumar.
d. Uso de álcool: 1 (X)Sim; 2 ( )Não; 3 ( )Ignorado
e. Uso de drogas: 1 (X)Sim; 2 ( )Não; 3 ( ) Parou. Quanto tempo? _____
( )Ignorado
f. Comorbidades associadas:
1 ( )HIV/AIDS
CD_4 mais recente: _____ Uso regular de TARV: 1 ( )Sim; 2 ( )Não
Observação: _____
2 ( ) DM
3 ( ) HAS
5 ( ) Hepatite viral. Qual? _____ Em tratamento? _____
6 ( ) Outra comorbidade? Qual? _____
g. Abandono do tratamento: 1 (X)Sim; 2 ( )Não. Quantas vezes? Vários abandonos.
Se sim, por quê? Relata que ficou depressivo.
"*Fiquei depressivo.* [Tem mais algum outro motivo?] *Depressivo, desgosto... Falta de carinho, falta de atenção... Essas coisas aí*".

III. Variáveis religiosas

a. O(A) senhor(a) tem fé? 1 (X)Sim; 2( ) Não
"*Tenho.*"

b. O que entende por fé?
"*Fé?* [Quando a gente fala assim: o que é fé, pensa o que na sua cabeça?] *Fé? Eu tano aqui, conversano com a senhora*". [Sim, mas a palavra fé, o senhor consegue falar alguma coisa, o que é a fé?] *O significado da fé?* [Isso, o significado da fé] *O significado da fé... Você crer... Você crer e confiar que tudo aquilo que você pede a Deus... Ele... Devagarzinho, Ele faz.* [repetição da fala do paciente 2 pela entrevistadora...] *É assim que é.*

c. Qual a religião de formação/de escolha? Católica.

d. Mudou de religião? 1 ( )Sim; 2 (X) Não. Se sim, quantas vezes? _____

e. Qual (is) razão (ões) para a mudança? _____

f. A mudança está relacionada a doença atual? 1 ( )Sim; 2 ( )Não.
Observação: _____

g. Qual a visão da doença atual?
"*Visão dessa minha doença hoje?* [Sim] *Dizer que a ... Destruiu um pouco da minha vida.* [Tem mais alguma coisa que o senhor queira falar sobre a doença hoje?] *É... Se eu... Se eu... Soubesse que ia... Ser assim, eu não vivia no meio da rua*".

h. Quanto à resistência e a necessidade de prolongar o tratamento, qual o seu pensamento sobre isso?
"Pausa... A entrevistadora repete a última fala do paciente 2... *Se eu soubesse que ia ser assim, não tinha me envolvido nas coisas*". [Se o senhor soubesse que ia pegar uma tuberculose resistente, o senhor não tinha ido?] *Não tinha.* [Tinha procurado evitar?] *Tinha procurado buscar mais fé.*

i. Pratica alguma atividade ligada à espiritualidade e/ou religiosidade? 1 ( )Sim; 2(X) Não
Se sim, qual atividade? _____
Qual a frequência? _____

j. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar a doença?
"*Sim.* [Como o senhor poderia falar sobre essa ajuda?] *Devido eu tá aqui... É, eu tá aqui e... Sendo bem cuidado porque é... Primeiramente, vem de lá de Deus, né, e segundo vocês*".

k. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar o tratamento prolongado?
"*Tá ficando maior agora* [o ânimo] *depois que eu tô conversando com a senhora*". [Quanto ao tratamento, ajuda?] *Ajuda, muito*".

- Tem alguma coisa que o senhor queira falar sobre a tuberculose, a resistência e Deus?
"Pausa... *Não, mas Deus... É... Assim, que viesse pessoas que nem a senhora, conversar, fizesse uma palestra, assim... Seria muito bom*".

Observações gerais:

Paciente internado na Tisiologia. Primeiro diagnóstico de TB em 2017. Seguiram-se abandonos de tratamento e diagnóstico de TBMDR em 2020.

- Qual é a sua religião? Assim, quando o senhor era criança, qual era a religião da sua família?

"*Católica.*".

- Sempre na sua família foi a religião católica?

"Católica'.

- Em algum momento da sua vida o senhor mudou de religião?

"*Não*".

- Sentiu vontade, em algum momento, de mudar de religião?

(Pequeno momento sem resposta)... "*Não*".

- Quando o senhor pensa na sua doença hoje, da tuberculose, que o senhor tá pelejando com ela, tem alguma coisa que, assim, relacionada a religião? O senhor acha que essa doença 'ah, meu Deus, foi um castigo' ou não tem nada a ver com isso?

"*Acho que sim, castigo. Não sei... Por aí*".

- Então, eu tava lhe perguntando se, pensando na tuberculose, que o senhor vem brigando, lutando com ela, o senhor acha que tem alguma coisa a ver com religião? Se essa doença o senhor acha que foi castigo ou o senhor pensa que é só uma doença igual as outras?

"*É... Porque castigo, acredito que não, mas doença que pega assim... Do cotidiano nosso mesmo*".

- Quando o senhor pensa em religião ou espiritualidade, tipo sem ter nenhuma relação direta com Deus, assim, pensando na espiritualidade, trabalhar a fé, nesse sentido... O senhor acha que pode ajudar o senhor a melhorar?

"*Não... Só a Deus, só*".

- Eu perguntei assim: quando o senhor pensa que a sua religião ou trabalhar mais, assim, com a religião, a sua fé, o senhor acha que pode lhe ajudar a ficar bom da doença?

"*A fé pode. Pode, sim*".

- Então, o senhor sempre foi católico, não é isso?

"*Isso. Sempre fui católico*".

- Essa doença fez o senhor ficar mais católico e ir mais à igreja ou não tem nada a ver?

"*Não.* (Pausa) *Não. Fez eu ficar mais preso* (pausa) *em mim mesmo*".

- O senhor achou que a doença lhe deixou mais preso no senhor mesmo. Então, assim, nesse momento que o senhor se encontra em tratamento, o senhor acha que procurar a igreja não vai ajudar a melhorar a saúde, não?

"*Pode melhorar, sim, com certeza*".

- Então, o senhor acha que pode melhorar?

"*Pode*".

- Tem alguma coisa, assim, quando o senhor pensa na sua doença, pensando em religião e a doença, tem alguma coisa que o senhor queira falar que venha a sua mente ou no seu coração? Pode ficar à vontade.

"*Dizer, tem, né... Muito... Que não só é a doença, mas, e sim outros problemas, também, que tem... Psicológico meu, né... Do falecimento dos meus pais, recentemente, né... Aí, é um bocado*

de coisa na cabeça... E (pausa) *a religião seria bom, né, escutar as palavras, né, ter um... Ter um conselho de bom pra melhorar meu autoestima, é... Devolver a alegria que... Que foi roubada, tirada, por causa de... Devido dessa doença e essas outras coisas que aconteceu*".

- Com relação ao uso de bebida, de fumar, o senhor faz uso dessas coisas?

"*Fazia. É isso é... É... São desses fatores aí que... Que me faz pensar e... Entrar numa religião pra... Pra afastar desse... Desse... Nesse mal aí*".

- Porque o senhor sabe que o senhor tem uma doença que pode curar, não sabe?

"*Isso. Lógico*".

- Agora, assim, é um tratamento, nesse momento, ficou um tratamento comprido, não é isso?

"*Isso*".

- Aí, precisa de força para terminar, pra conseguir tirar a doença, não é isso?

"*Com certeza*".

- Aí, o senhor acha que se alguém viesse conversar com o senhor, lhe dar palavra de apoio, palavra de fé, palavra de Deus, como o senhor colocou, o senhor acha que iria lhe ajudar a ficar mais forte?

"*Muito. Muito e muito. Pode acreditar que muito*".

Sujeito 3

Iniciais: MSS Data da coleta: 13/09/2021

I - Variáveis demográficas

a. Sexo: 1 ( )Masculino; 2 (X)Feminino
b. Idade (em anos): 49
c. Raça/cor: 1 ( )Branca; 2 ( )Preta; 3 ( ) Amarela; 4 (X) Parda; 5 ( ) Indígena; 6 ( ) Ignorado
d. Naturalidade/Procedência: Guarabira / Santa Rita/PB
e. Profissão: Feirante
f. Nível de escolaridade:
1 (X) Analfabeto
2 ( ) Analfabeto funcional

3 ( ) Fundamental incompleto (até 9 anos incompletos)
4 ( ) Fundamental completo
5 ( ) Médio incompleto (até 3 anos incompletos)
6 ( ) Médio completo
7 ( ) Superior incompleto
8 ( ) Superior completo
9 ( ) Ignorado
10 ( ) Não se aplica

g. Estado civil: União estável.

II - Variáveis patológicas

a. Diagnóstico: TBMDR (multidroga resistente)
b. Data do diagnóstico: 27/03/2019 - Cultura de BK (27/03/2019) com resistência à Rifampicina e Isoniazida
c. Fumo: 1 ( )Sim; 2 (X)Não; 3 ( )Ignorado
d. Uso de álcool: 1 (X)Sim; 2 ( )Não; 3 ( )Ignorado
e. Uso de drogas: 1 ( )Sim; 2 (X)Não; 3 ( ) Parou. Quanto tempo? _____
( )Ignorado
f. Comorbidades associadas:
1 (X)HIV/AIDS
CD_4 mais recente: 302 cél/mm^3 Uso regular de TARV: 1 ( )Sim; 2 (X)Não
Observação: _____
2 ( ) DM
3 ( ) HAS
5 (X) Hepatite viral. Qual? C Em tratamento? Não
6 ( ) Outra comorbidade? Qual? _____
g. Abandono do tratamento: 1 (X)Sim; 2 ( )Não. Quantas vezes? Vários abandonos, com confirmação da paciente.
Se sim, por quê?
"*Eu não queria tomar, ficava com raiva... Preocupação com os filhos em casa.* [Tem mais algum outro motivo?] *Não*".

III. Variáveis religiosas

a. O(A) senhor(a) tem fé? 1 (X)Sim; 2( ) Não
"*Tenho.*"

b. O que a senhora entende por fé?
"[Quando pensa em fé, o que vem a sua mente?] *Deus vai me ajudar... Que Deus dê muitos anos aos meus filhos* [A senhora teve quantos filhos?] *Quinze filhos."*

c. Qual a religião de formação/de escolha? Toda vida foi católica.

d. Mudou de religião? 1 (X)Sim; 2 ( ) Não. Se sim, quantas vezes? Uma

e. Qual (is) razão (ões) para a mudança? Porque a igreja evangélica é mais próxima da sua residência e gosta de ouvir a palavra de Deus, mas considera-se católica.

f. A mudança está relacionada a doença atual? 1 ( )Sim; 2 (X)Não.
Observação: _____

g. Qual a visão da doença atual?
"[Quando a senhora pensa agora na sua doença do pulmão, o que vem a sua mente?] *Jesus me ajudar e curar."*

h. Quanto à resistência e a necessidade de prolongar o tratamento, qual o seu pensamento sobre isso?
"*É tomar e pedir a Deus para ficar boa."*

i. Pratica alguma atividade ligada à espiritualidade e/ou religiosidade? 1 (X)Sim; 2( ) Não
Se sim, qual atividade? Sim, vai à igreja evangélica ouvir a palavra de Deus, mas sem regularidade.
Qual a frequência? _____

j. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar a doença?
"*Tem.*".

k. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar o tratamento prolongado?
"[A senhora acha que é importante ter religião diante de um problema como esse que a senhora está enfrentando?] *Acho."*

Tem alguma coisa que o senhor queira falar sobre a tuberculose, a resistência e Deus?
"*Que eu tenho muita fé."*

Observações gerais:

Sujeito 4

Iniciais: AAS Data da coleta: 26/11/2021

I - Variáveis demográficas

a. Sexo: 1 (X)Masculino; 2 ( )Feminino
b. Idade (em anos): 45
c. Raça/cor: 1 ( )Branca; 2 ( )Preta; 3 ( ) Amarela; 4 (X) Parda; 5 ( ) Indígena; 6 ( ) Ignorado
d. Naturalidade/Procedência: João Pessoa / Conde/PB
e. Profissão: _____
f. Nível de escolaridade:
1 ( ) Analfabeto
2 ( ) Analfabeto funcional
3 (X) Fundamental incompleto (até 9 anos incompletos)
4 ( ) Fundamental completo
5 ( ) Médio incompleto (até 3 anos incompletos)

6 ( ) Médio completo
7 ( ) Superior incompleto
8 ( ) Superior completo
9 ( ) Ignorado
10 ( ) Não se aplica

g. Estado civil: Solteiro.

II - Variáveis patológicas

a. Diagnóstico: TBP em 05/2021 e TBMDR (multidroga resistente)
b. Data do diagnóstico: 11/11/2021 - Cultura de BK (30/04/2021) com resistência à Rifampicina, Isoniazida e Estreptomicina.
c. Fumo: 1 (X)Sim; 2 ( )Não; 3 ( )Ignorado.
d. Uso de álcool: 1 (X)Sim; 2 ( )Não; 3 ( )Ignorado
e. Uso de drogas: 1 (X)Sim; 2 ( )Não; 3 ( ) Parou. Quanto tempo? Relata que parou de fumar, beber e uso de ilícitos após o diagnóstico da TB.
( )Ignorado
f. Comorbidades associadas:
1 ( )HIV/AIDS
CD_4 mais recente: _____ Uso regular de TARV: 1 ( )Sim; 2 ( )Não
Observação: _____
2 ( ) DM
3 ( ) HAS
5 ( ) Hepatite viral. Qual? _____ Em tratamento? _____
6 ( ) Outra comorbidade? Qual? _____
g. Abandono do tratamento: 1 ( )Sim; 2 (X)Não. Quantas vezes? Esse é o primeiro tratamento para TBDR, sendo o anterior o esquema básico. Sem histórico de abandono.
Se sim, por quê? _____

III. Variáveis religiosas

a. O(A) senhor(a) tem fé? 1 (X)Sim; 2( ) Não
"*Tenho. Tenho fé em Deus, sim, com certeza.*"

b. O que entende por fé?
"*O que eu entendo por fé é eu crer em Deus e crer que Ele vai me dar minha cura. Assim, não sei mais... Falar mais algumas coisas assim... Tem palavras para isso, mas eu não sei.*

c. Qual a religião de formação/de escolha?
"Até hoje, católica."

d. Mudou de religião? 1 (X)Sim; 2 ( ) Não. Se sim, quantas vezes?
"Já... Já... Fui... Passei um tempo na igreja evangélica, aí terminei saindo. Faz muito tempo."

e. Qual (is) razão (ões) para a mudança?
"Foi por questão de dentro da igreja mesmo, de pessoas da igreja mesmo. [Qual a igreja?] *Foi a Betel Brasileira.* [Qual foi o motivo que o senhor saiu da católica para a evangélica?] *Não, assim... Porque em questão de ir pra igreja católica, nunca fui não. Fui católico assim, em questão de eu*

não ter uma religião certa. Entendeu? Aí, depois foi que eu fui pra evangélica. [E hoje o senhor se considera de qual religião?] *Hoje me considero uma pessoa católica, normal."*

f. A mudança está relacionada a doença atual? 1 ( )Sim; 2 (X)Não.
Observação: _____

g. Qual a visão da doença atual?
"*Visão dessa minha doença hoje? Hoje o que vem na minha cabeça é querer me tratar, terminar o tratamento já que comecei e não usar o que eu usava, não fumar, não beber... Só, quero só melhoras*

h. Quanto à resistência e a necessidade de prolongar o tratamento, qual o seu pensamento sobre isso?
"Se eu tiver de tomar mais tempo, eu tomo sim e penso em mais a frente ficar bom."

i. Pratica alguma atividade ligada à espiritualidade e/ou religiosidade? 1 ( )Sim; 2(X) Não
Se sim, qual atividade? _____
Qual a frequência? _____

j. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar a doença?
"*Eu não sei explicar. Mas, tenho fé que pode. Ajuda bastante porque alivia a minha mente também... Porque por eu ficar só aqui, como não tem visita, essas coisas, aí, a minha fé em Deus vai me ajudar... Ajudar na... A continuar o tratamento e ter fé de melhorar."*

k. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar o tratamento prolongado?

- Tem alguma coisa que o senhor queira falar sobre a tuberculose, a resistência e Deus?

Observações gerais:

Sujeito 5

Iniciais: SMS Data da coleta: 03/03/2022

I - Variáveis demográficas

a. Sexo: 1 ( )Masculino; 2 (X)Feminino
b. Idade (em anos): 43
c. Raça/cor: 1 ( )Branca; 2 ( )Preta; 3 ( ) Amarela; 4 (X) Parda; 5 ( ) Indígena; 6 ( ) Ignorado
d. Naturalidade/Procedência: João Pessoa / João Pessoa/PB
e. Profissão: Empregada doméstica
f. Nível de escolaridade:
1 ( ) Analfabeto
2 ( ) Analfabeto funcional
3 (X) Fundamental incompleto (até 9 anos incompletos) – Cursou até a 5ª. série
4 ( ) Fundamental completo

5 ( ) Médio incompleto (até 3 anos incompletos)
6 ( ) Médio completo
7 ( ) Superior incompleto
8 ( ) Superior completo
9 ( ) Ignorado
10 ( ) Não se aplica

g. Estado civil: Casada – cinco filhos (menor com 10 anos).

II - Variáveis patológicas

a. Diagnóstico: TBMDR (multidroga resistente)
b. Data do diagnóstico: 03/03/2022 – dois TRM-TB + e RR (18/02 e 01/03/2022)
c. Fumo: 1 ( )Sim; 2 (X)Não; 3 ( )Ignorado "*Nunca fumei na minha vida*".
d. Uso de álcool: 1 ( )Sim; 2 (X)Não; 3 ( )Ignorado "*Não, sou evangélica*".
e. Uso de drogas: 1 ( )Sim; 2 (X)Não; 3 ( ) Parou. Quanto tempo? _____
( )Ignorado "*Nunca na minha vida, também*".
f. Comorbidades associadas:
1 ( )HIV/AIDS
CD_4 mais recente: _____ Uso regular de TARV: 1 ( )Sim; 2 ( )Não
Observação: _____
2 ( ) DM *"Que eu saiba, não".*
3 ( ) HAS *"Não, a minha pressão é sempre normal".*
5 ( ) Hepatite viral. Qual? _____ Em tratamento? _____
6 ( ) Outra comorbidade? Qual? _____
g. Abandono do tratamento: 1 ( )Sim; 2 (X)Não. Quantas vezes? Primeiro diagnóstico.
Se sim, por quê? _____

III. Variáveis religiosas

a. O(A) senhor(a) tem fé? 1 (X)Sim; 2( ) Não
"*Tenho muita fé em Deus.*"

b. O que a senhora entende por fé?
Paciente fez uma pausa... "[Quando pensa em fé, o que vem a sua mente?] *Fé que... Que Deus vai me tirar dessa.* [A palavra fé para a senhora, o que é fé? O que é ter fé, a senhora sabe?] Paciente fez uma pausa mais demorada – precisei estimular: Quando pensa em fé, é fé em Deus? É assim que a senhora pensa? *É, fé em Deus."*

c. Qual a religião de formação/de escolha? Evangélica. *"Assembleia"*

d. Mudou de religião? 1 ( )Sim; 2 (X) Não. Se sim, quantas vezes? *"Sempre foi Assembleia"*

e. Qual (is) razão (ões) para a mudança? _____

f. A mudança está relacionada a doença atual? 1 ( )Sim; 2 ( )Não.
Observação: _____

g. Qual a visão da doença atual?

"[Quando a senhora pensa na tuberculose, o que vem na sua mente?] Paciente começa a chorar e afirma: *"Penso logo em morrer!"* Tento acalmá-la, explicando que está em um hospital específico para o tratamento da doença, está sendo acompanhada por Pneumologista. Afirma: "*Penso que não vou sair dessa*". Falo do que é a doença, como está o quadro clínico dela e da possibilidade de cura, desde que faça o tratamento completo. Continua chorando, em menor intensidade. Então, quando a senhora pensa na tuberculose, a senhora sente medo de morrer? "*Sim*" Tem mais alguma coisa que queira falar? "*Tem. Só penso nos meus filhos... Principalmente uma que tem 10 anos. Penso muito nela*". A senhora sabe que deu resistência na sua tuberculose? Acena que sim com a cabeça. Tosse... Tosse...

h. Quanto à resistência e a necessidade de prolongar o tratamento, qual o seu pensamento sobre isso? "*Tanta coisa."*[Quer falar um pouquinho?] Faz uma pausa e acena que não com a cabeça. Mantém choro leve e baixo.

i. Pratica alguma atividade ligada à espiritualidade e/ou religiosidade? 1 (X)Sim; 2( ) Não
Se sim, qual atividade? Sim, vai à igreja evangélica e participa do círculo de oração.
Qual a frequência? Participa dos cultos três vezes por semana (terça, quinta e domingo) e, quando tem, participa do círculo de oração, que não tem frequência determinada.

j. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar a doença?
Respondeu acenando que sim com a cabeça.

k. A espiritualidade e/ou religiosidade tem ajudado a enfrentar o tratamento prolongado?
"[Pensando no suporte que a senhora tem na igreja, acha que a religião e o pessoal da igreja vão lhe dar forças para encarar esse tratamento?] "*Vou. Tão tudo orando por mim... Tudo...* [A senhora tem um apoio lá?] "*Das irmãs tudinho lá... Tenho... Tudinho lá. Tem minha patroa, também, que ora muito por mim. Eu vim aqui por causa dela, também. Trabalho numa casa faz 14 anos. Tem muita gente orando por mim*".

Observações gerais: