



A MEDICINA CONTRIBUIU PARA A SEGREGAÇÃO RACIAL AMERICANA INSTITUCIONALIZADA?

MEDICINE HAS CONTRIBUTED TO THE INSTITUTIONALIZED AMERICAN RACIAL SEGREGATION?

CLAYTON LEITE DE MOURA

Graduando em medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

JOÃO MARÇAL MEDEIROS DE SOUSA

Graduando em medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

LOURENÇO DE MIRANDA FREIRE NETO

Doutorando em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Mestre em Direito pela Universidade Católica de Pernambuco. Professor Assistente Mestre e Coordenador de Educação Continuada na Universidade Presbiteriana Mackenzie. Correio eletrônico: lourenco.freire@mackenzie.br

PRISCILA LUCIENE SANTOS DE LIMA⁴

Doutora em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie – UPM. Mestre em Direito Empresarial e Cidadania do Centro Universitário Curitiba – UNICURITIBA. Professora Convidada na Universidade Presbiteriana Mackenzie. Correio eletrônico: pritysantoslina@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Pretendeu-se aqui analisar o papel da medicina americana durante o período de segregação racial legalizada (vigência das leis Jim Crow ocorrida entre o fim do século XIX até 1965), de modo a verificar se e em qual medida a classe médica, as ciências médicas e as ações em saúde pública nos Estados Unidos contribuíram para o racismo institucionalizado.

Métodos: Realizou-se uma revisão de literatura com levantamento de artigos científicos na base de dados Medline, utilizando-se combinações dos descritores (e de seus sinônimos em inglês) “Segregação racial”, “História da medicina”, “Ciência”, “Estados Unidos” e do termo “Jim Crow”. Em seguida, os artigos

selecionados foram analisados com o apoio da obra Racismo Estrutural (Editora Pólen, 2019) escrita por Silvio Luiz Almeida.

Resultados: As evidências trazem diversos exemplos de atitudes racistas por parte da medicina não apenas durante a vigência das leis Jim Crow, mas também antes e após sua aplicação. Entretanto, conforme o conceito de racismo estrutural permite compreender, as atitudes racistas perpetradas por médicos, instituições de saúde e





ações de saúde pública foram não apenas ações de entes isolados, mas um reflexo do racismo inerente à sociedade americana. Afinal, mesmo com o fim da segregação racial legalizada, as marcas do racismo seguem presente na medicina e na sociedade americanas.

Conclusões: Mesmo uma das sociedades mais ricas do mundo não esteve livre de ter entre seus médicos pessoas que reforçaram atitudes destituídas de qualquer comprovação científica séria, como é o caso do racismo. Assim, é preciso que os médicos formados e em formação dominem não apenas conhecimentos específicos, mas também reflitam sobre estruturas sociais produtoras de doença, de modo a articular ações que transformem estas mesmas estruturas em prol não apenas dos pacientes, mas de toda a sociedade.

Palavras-chave: Segregação. História. Medicina. Estados Unidos. Ciência.

ABSTRACT

Objective: It was intended here to analyze the role of American medicine during the period of legalized racial segregation (enforcement of the Jim Crow laws occurred between the end of the 19th century and 1965), in order to verify if and to what extent the medical class, medical sciences and actions in public health in the United States contributed to institutionalized racism.

Methods: A literature review was carried out with a survey of scientific articles in the Medline database, using combinations of descriptors (and their synonyms in English) “Racial segregation”, “History of medicine”, “Science”, “United States” and the term “Jim Crow”. Then the articles selected were analyzed with the support of Structural Racism (Editora Pólen, 2019) written by Silvio Luiz Almeida.

Results: The evidence provides several examples of racist attitudes on the part of medicine not only during the validity of the Jim Crow laws, but also before and after their application. However, as the concept of structural racism allows us to understand, the racist attitudes perpetrated by doctors, health institutions and public health actions were not only actions of isolated entities, but a reflection of the racism inherent in American society. After all, even with the end of legalized racial segregation, the marks of racism are still present in American medicine and society.

Conclusions: Even one of the richest societies in the world was not free from having among its physicians people who reinforced attitudes devoid of any serious scientific evidence, as is the case with racism. Thus, it is necessary that trained and in-training physicians not only master specific knowledge, but also reflect on disease-producing social structures, in order to articulate actions that transform these same structures in favor not only of patients, but of society as a whole.

Keywords: Segregation. Story. Medicine. U.S. Science.





1. INTRODUÇÃO

Pretendeu-se aqui analisar se é como a medicina participou da segregação racial institucionalizada americana, ocorrida durante a vigência das leis Jim Crow (entre o fim do século XIX até 1965), mantenedoras da segregação racial no período posterior à abolição da escravatura nos Estados Unidos.

A princípio, é importante esclarecer a gênese da dúvida apresentada, facilitando assim a compreensão dos propósitos do trabalho. O contato com o

tema se deu em atividades realizadas no Projeto de Extensão Cine & Medicina, realizado no Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) durante o período letivo de 2019. O referido projeto se baseia na apresentação de filmes aberta à toda a comunidade acadêmica, seguida de debate moderado por professores de medicina, psicologia e direito acerca de temas pertinentes aos filmes que, de alguma forma, contribuem para a formação reflexiva do estudante de medicina, bem como de quaisquer outros estudantes da universidade interessados no projeto. Portanto, o Cine & Medicina atua como estratégia multidisciplinar que permite ao estudante de medicina compreender seu futuro campo de atuação com o apoio de outras áreas do conhecimento.

Neste contexto, a dúvida norteadora da pesquisa surgiu durante a apresentação do filme norte-americano “Estrelas além do tempo” (“Hidden figures”; direção de Theodore Melfi; EUA; 2016). Nesta obra, resgata-se a história de três cientistas negras que, mesmo tendo muito contribuído para a corrida espacial americana, apenas recentemente tiveram seu trabalho reconhecido. Ambientado no princípio da década de 1960, durante o período de segregação racial legalizada pelo Estado americano, o filme mostra que mesmo na NASA (National Aeronautics and Space Administration), ponto de encontro de cientistas com destaque internacional, ainda havia banheiros e setores de alimentação separados para negros e brancos. Tal racismo, obviamente, não se limitava ao espaço físico, mas permeava todas as relações dentro da instituição.

Assim, se na própria NASA o racismo imperava, viu-se como importante questionar se e em que medida o racismo se fez presente na medicina e em instituições





de saúde americanas. Cabe frisar, também, que as pesquisas orientadas por tal questionamento podem gerar informações úteis para a formação médica não apenas em solo americano. Afinal, será possível compreender melhor como o racismo foi capaz de grassar mesmo na nação que até hoje é uma das grandes potências nos campos cultural, político, econômico e científico. Em adição, o estudo da convivência entre medicina e racismo ajudará a compreender como uma ciência tão ligada ao ser humano e tão dependente de resultados práticos (medicina, no caso) pode ser influenciada por ideias sem embasamento científico e que em nada contribuíram para o bem-estar dos pacientes.

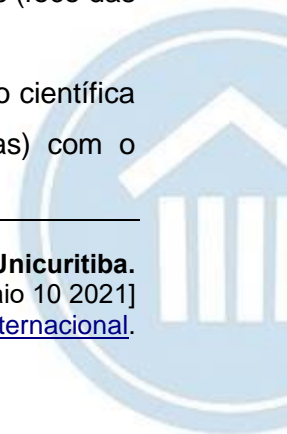
2. A QUESTÃO DA IDENTIDADE NACIONAL

A coleta de dados se baseou na revisão de literatura com foco em determinados aspectos pertinentes à medicina durante a vigência das leis Jim Crow (final do século XIX até 1965). Tais aspectos foram delineados com base na definição de medicina proposta por Sá Júnior (2016), para quem a medicina é

“[...] a profissão cujos agentes se dedicam ao estudo e à intervenção no campo da saúde e das enfermidades humanas, especificamente e privativamente, em relação aos atos médicos: o diagnóstico das enfermidades e a indicação terapêutica aos enfermos e os demais procedimentos recorrentes[...]”. – grifos nossos.

Com base em tal definição, concluiu-se que a análise dos dados deveria se nortear pela busca dos seguintes aspectos na bibliografia selecionada:

1. Classe médica: análise do racismo presente nas relações dos profissionais médicos (formados ou em formação) entre si e destes com os pacientes (foco das enfermidades e objeto das intervenções no campo da saúde);
2. Ciências médicas: busca da relação entre formação médica e produção científica em medicina (estudo no campo da saúde e enfermidades humanas) com o racismo;





3. Saúde pública: ainda que não evidente na definição supracitada, analisou-se em que medida o uso estatal da medicina se deu com base na segregação racial, posto tratar-se de um Estado que, no período analisado, endossava o racismo em sua legislação;
4. Contexto histórico progresso e atual: procurou-se verificar a situação da medicina americana antes e após a vigência das leis Jim Crow, de modo a compreender seus primórdios bem como seus efeitos após a derrubada destas leis.

Considerando-se os aspectos supracitados, realizou-se uma revisão integrativa de literatura, com levantamento de fontes na base de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) entre os dias 10 e 15 de maio de 2019. Foram usadas combinações dos descritores “Segregação racial”, “História da medicina”, “Ciência”, “Estados Unidos” e do termo “Jim Crow”, bem como seus equivalentes em inglês e espanhol. Por tratar-se de trabalho com cunho histórico, não se utilizou filtro para a data de publicação. Ainda que se tenha aplicado filtro para língua inglesa, espanhola e portuguesa, todos os 90 artigos inicialmente identificados foram produzidos em inglês.

Em seguida, procedeu-se à leitura integral dos resumos destes 90 trabalhos, dentre os quais selecionaram-se 35 para análise completa. Dentre estes, 32 foram incluídos na revisão. Em seguida, de modo a ampliar a compreensão dos resultados, foi utilizada a obra *Racismo Estrutural*, escrita em 2019 por Silvio Luiz Almeida, intelectual que contribuiu para difundir o conceito de racismo estrutural no meio acadêmico brasileiro.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO PREGRESSO

Nos estados americanos do Sul, de viés mais agrário e escravocrata, a relação entre medicina e escravismo foi estreita. Era prática comum o anúncio em jornais de

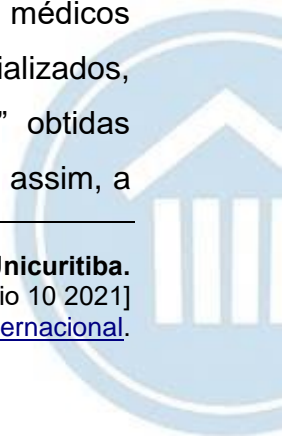




hospitais que atendiam pessoas livres e escravizadas (estas em alas separadas – as “Negro infirmaries”), geralmente cobrando um preço inferior no tratamento de escravos. Tal serviço representava, para os donos de escravos, a recuperação de sua força de trabalho, o aumento do preço de sua “propriedade” e o restabelecimento da fertilidade em mulheres escravizadas (há registro de internações de escravas com o diagnóstico exclusivo de amenorreia), visando à ampliação do número de escravos. Este era um negócio lucrativo para a medicina, mediante o recebimento de pagamento pelo serviço ou até pela aceitação sem custos de escravos em estado de saúde precário, os quais tinham seus direitos de posse cedidos como pagamento (KENNY, 2010).

Além disso, evidências comprovam o treinamento de procedimentos médicos em pacientes escravos, o que inclusive representou outra fonte de lucro para hospitais, os quais se apresentavam como campo de prática para médicos e estudante ansiosos por se especializarem na então chamada “Negro medicine” (KENNY, 2010). Ademais, a escravidão também serviu à pesquisa médica, cabendo destaque ao tratamento cirúrgico das fístulas vesicovaginais (complicações que pode resultar de partos normais) alcançado em 1845 pelo cirurgião Marion Sims, que alcançou seus resultados após 30 cirurgias feitas em seis ou sete escravas num período anterior ao uso da anestesia. E, mesmo sendo um aclamado médico no Sul, foi no Norte que ele teve seu trabalho publicado pelo American Journal of Medical Sciences of Philadelphia em 1852 (FISHER, 2016). Ainda que o próprio Sims tenha reputado seu sucesso à coragem de suas pacientes (RAKATANSKY, 2017), o uso exclusivo de escravas mostra que apenas elas, em função de seu status social inferior, poderiam se sujeitar a um procedimento experimental e certamente muito doloroso.

Outro campo de atuação da medicina propiciado pela escravidão residia nas declarações de “soundness” emitidas por médicos (“soundness practice”), termo este que designava a qualidade de um escravo com base em aspectos físicos e de conduta “adequados” para a condição de escravizado. Também há fartos registros de médicos atuando como peritos, avaliando o estado de saúde de escravos comercializados, geralmente em disputas judiciais iniciadas por compradores cujas “peças” obtidas apresentavam problemas de saúde pouco tempo após a compra. Registra-se, assim, a



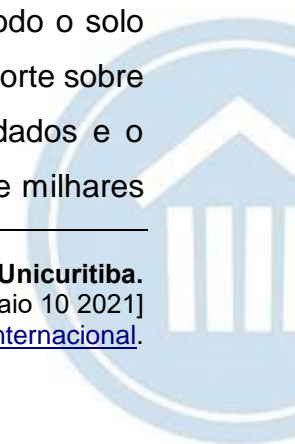


atuação dos médicos como “engenheiros consultores em saúde” - consulting health engineer- a serviço do mercado escravo (FISHER, 2016; KENNY, 2010).

Além contribuir e lucrar com a escravidão, a medicina também atuou como uma agência de controle social em favor dos interesses escravocratas. Neste sentido, chama atenção a criação de uma “patologia” pelo médico Samuel A. Cartwright do estado de Luisiana denominada drapetomania, que afetaria apenas escravos, caracterizada por uma grande vontade fugir das plantações de seus senhores e cujo tratamento efetivo consistia em chicotadas com longas correias de couro (KILWEIN, 1995). Outro exemplo vem de um médico de Nova Orleans que, citando um censo de 1840, no qual apontava-se uma maior prevalência de doenças mentais nos negros libertos do Norte em comparação aos escravos do Sul (provavelmente por subdiagnóstico dos escravos), acusava os estados do Norte de provocar nos ex-escravos uma “psychosis of freedom” (“psicose da liberdade”), considerando a escravidão uma verdadeiro dever por parte dos donos de escravos (KILWEIN, 1995).

Houve, entretanto, casos de cooperação entre negros e brancos no âmbito da obstetrícia. Era frequente a existência de parteiras negras, as quais realizavam partos até mesmo de suas senhoras brancas, registrando-se relatos de apoio mútuo entre estas mulheres que tinham na alta mortalidade materna da época um inimigo comum. Até a ampliação da medicina hospitalar, o trabalho das parteiras era largamente aceito, com auxílio de mulheres próximas conhecidas, chamando-se o médico só nos casos de dificuldades incomuns. Contudo, com o crescimento da profissão médica, registraram-se mudanças nesta relação, existindo tanto o descrédito das parteiras por parte dos médicos como casos de trabalho em conjunto, com algumas parteiras negras sendo até treinadas por médicos brancos. Entretanto, mesmo que as escravas parteiras tivessem um status superior frente os demais escravos, isso nunca representou a anulação das barreiras raciais na sua relação com médicos ou com suas pacientes brancas (TUNC, 2010).

O evento histórico que culminou com a abolição da escravatura em todo o solo americano foi a Guerra de Secessão (1861-1865), vencida pelos estados do Norte sobre os do Sul escravagista. Neste conflito registou-se a morte de 700 mil soldados e o adoecimento de mais de 1 milhão de escravos libertos, dos quais dezenas de milhares



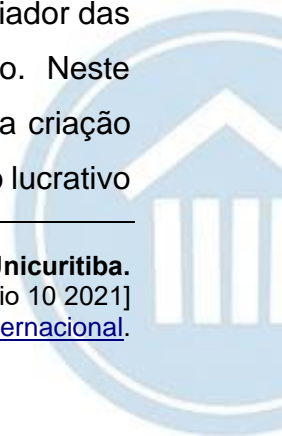


morreram. Tais dados são incertos e, possivelmente, inferiores, em virtude da falta de assistência aos libertos (DOWNS, 2012).

Em virtude do nebuloso status jurídico e econômico dos ex-escravos, o tratamento a eles dispensado por parte das ações de saúde pública merece destaque. Findo o conflito, diante da grande disseminação de doenças infectocontagiosas, médicos militares alertaram o governo federal sobre a necessidade de sepultar os muitos corpos de soldados e ex-escravos, cujo acúmulo representava uma fonte de doenças e pragas. Assim, o governo federal ordenou aos médicos militares que organizassem junto às autoridades sulistas espaços adequados para tais enterros. Estas autoridades, por sua vez, proibiram que seus soldados fossem enterrados próximos a negros (DOWNS, 2012).

Cabe destacar que houve uma pequena parcela de medicina anti-racista antes, durante e imediatamente após a guerra, encabeçada pela primeira geração de médicos negros americanos, que mostravam caber às condições sociais de escravidão ou de pobreza a culpa pela suposta inferioridade negra. Alguns médicos brancos também reviram parte de suas posições, especialmente diante de casos de adoecimento semelhante entre negros e brancos expostos às mesmas condições na guerra. Em geral, houve uma maior abertura para estudos antirracistas durante e logo após o conflito, posto ver-se cair por terra a ideia de que negros fossem naturalmente escravos. Tais estudos, entretanto, não encontraram apoio nem mesmo no meio científico, refletindo o fim do breve período conhecido como Reconstrução, posterior à Guerra de Secessão e marcado por algumas medidas governamentais positivas para com os libertos, em breve sufocadas pela instalação das leis Jim Crow nos estados do Sul - conjunto de leis estaduais e locais surgidas entre o final do século XIX e começo do século responsáveis por legalizar o racismo, instituindo, por exemplo, espaços públicos separados para negros e brancos, o que veio a, entre outros efeitos, legalizar o surgimento de escolas e hospitais segregados. (KRIEGER, 2005)

Segundo Almeida (2019), o racismo é um processo histórico e político criador das condições para que grupos racialmente identificados sofram discriminação. Neste período escravagista que antecede as leis Jim Crow, percebe-se justamente a criação destas condições em solo americano, tendo na medicina apoio tanto técnico (no lucrativo





“trabalho de manutenção” das “peças” possuídas pelos senhores) quanto ideológico (mediante a criação de argumentos pseudocientíficos contra os poucos estudos antirracistas da época, produzidos sobretudo pelos primeiros médicos negros).

A seguir, são apresentadas as evidências pertinentes ao período de vigor das leis Jim Crow.

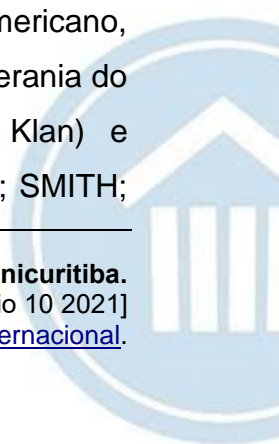
3.2 CLASSE MÉDICA

3. 2. 1 Relação interprofissional

As associações nacionais médicas americanas, desde sua gênese no final do século XIX, foram marcadas pelo racismo. Afinal, a NMA (National Medical Association) surgiu em resposta à frequente exclusão de médicos negros da AMA (American Medical Association). Não participar da AMA significava menores oportunidades profissionais e educacionais, o que resultou em isolamento para o grande contingente de médicos negros impedidos de integrá-la, sobretudo no Sul (BAKER et al., 2008).

De maneira semelhante, a AMA agiu de forma indiferente ou mesmo obstruindo as lutas do Movimento pelos Direitos Civis, ocorridas entre as décadas de 50 e 60 do século XX, que combatiam a discriminação racial. Outrossim, tais lutas contaram com a participação ativa de médicos (geralmente não integrantes da AMA), tanto negros como brancos, que ofereciam seu apoio e assistência médica em marchas e piquetes (BAKER et al., 2008). Vale ressaltar que a participação nestes eventos representava a exposição a sérios riscos profissionais e pessoais, já que muitos participantes do movimento foram assassinados ou sofreram tentativas de homicídio (DESHAZO; PARKER, 2017).

Todavia, deve-se destacar a contribuição dos médicos negros, especialmente do Sul, nos atos em favor dos Direitos Civis e do Voto. Afinal, sua luta representava o enfrentamento de diversos antagonistas, a começar pelo próprio Estado americano, criador das leis Jim Crow, além de grupos locais, como a associação pela Soberania do Mississippi (1955-1977), incluindo-se também grupos de ódio (Ku Klux Klan) e associações profissionais (de outros médicos brancos e da AMA) (DESHAZO; SMITH;





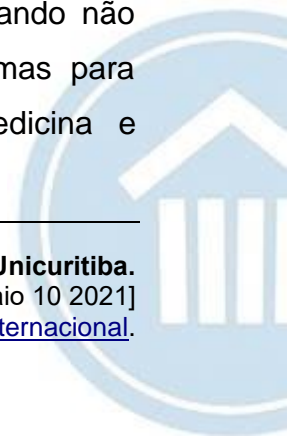
SKIPWORTH, 2014a). A atuação destes profissionais é bem ilustrada pela fala do Dr. Douglas Lavoisier Conner (1920-1998), para quem o “envolvimento político era outra parte do seu juramento médico”. Afinal, lutar por direitos civis era indispensável para melhorar a saúde do povo negro, majoritariamente relegado a precárias condições de vida. (DESHAZO; SMITH; SKIPWORTH, 2014b).

Além da NMA, os médicos também participaram da National Association for the Advancement of the Color People (Associação Nacional para o Avanço das Pessoas de Cor), a NAACP, criada em 1909 e em funcionamento até hoje, sendo inclusive a mais antiga associação em defesa dos direitos civis nos EUA (DESHAZO; SMITH; SKIPWORTH, 2014a).

A atuação da AMA durante a vigência das leis Jim Crow reflete as palavras de Almeida (2019), segundo o qual as instituições agem de acordo com a sociedades que integram, sendo o racismo institucional um reflexo do racismo da sociedade. Por outro lado, as reações a este racismo por parte de médicos, sobretudo negros, mas já com o auxílio de uma parcela de médicos brancos, ilustram exemplos de atividades apontadas também por Almeida (2019) como formas efetivas de atingir mudanças na sociedade. Afinal, em uma sociedade racista, a indiferença age em favor do racismo, sendo necessárias, portanto, atitudes antirracistas, como foi a atuação da NAACP e as lutas pelos direitos civis.

3.2.2 Relação médico-paciente

Especialmente no Sul, médicos negros lidavam com uma clientela que pouco os procurava, havendo resistência mesmo entre pacientes negros. Em adição, eram impedidos de trabalhar em hospitais, inclusive nas enfermarias segregadas, que eram de pior qualidade ou mesmo inexistentes. Desta forma, havia em 1919 cerca de 118 hospitais controlados por negros, três quartos dos quais no Sul, representando não apenas espaços mais adequados para tratamento da população negra, mas para trabalho e treinamento de muitos profissionais afro-americanos de medicina e enfermagem (WINKFIELD, 2009).





A segregação em ambientes de saúde só começou a reduzir após o julgamento *Simkins v. Moses H. Cone Memorial Hospital*, ocorrido em 1963. Nele, o dentista e líder da NAACP George Simkins processava um hospital que, mesmo recebendo verbas federais, se negou a atender um paciente negro encaminhado por ele. A argumentação de Simkins se baseava no fato de que o princípio *separated but equal 1* (separado-mas-igual) era uma

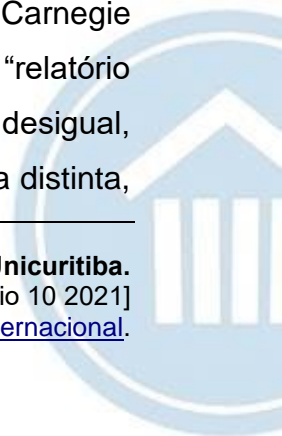
1 Foi no caso *Plessy v. Ferguson* (1896) que a Suprema Corte Americana legalizou o *separated-but-equal*, permitindo o surgimento de ambientes públicos separados para brancos e negros, cabendo aos últimos piores ou mesmo inexistentes escolas, hospitais, violação da proteção igualitária aos cidadãos americanos prevista na constituição. Contudo, foi só após apelação no âmbito federal que George Simkins obteve um veredito favorável (LARGENT, 2018).

Aqui, encontram-se exemplos de racismo institucional dentro dos hospitais, havendo segregação racial e, também, subestimação da capacidade dos médicos negros mesmo por pacientes negros. Em reação a isto, a criação de hospitais negros não foi apenas uma atitude anti-racista, mas uma medida de sobrevivência, tendo em vista que o serviço prestado por outros hospitais aos negros era segregado, de pior qualidade ou mesmo ausente. E, diante da necessidade de uma luta judicial contra o racismo, fica evidente que a justiça de então legalizava a discriminação praticada nas instituições de saúde, o que, também, demonstra o caráter estrutural do racismo, presente nos estabelecimentos de saúde, na relação médico-paciente e até mesmo no direito.

3. 3 CIÊNCIAS MÉDICAS

3.3.1 Formação médica e escolas médicas

Em 1910, a pedido da AMA, Abraham Flexner elabora um relatório para a Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, que viria a ser conhecido como o “relatório Flexner”. Nele, Flexner reforça que a educação médica seja segregada e desigual, determinando que os médicos negros deveriam receber uma educação médica distinta,





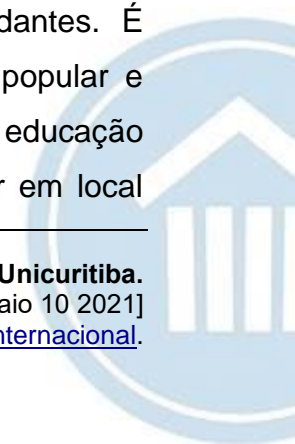
voltada para o tratamento de “sua gente”. Na prática, isto impediria muitos estudantes negros de ingressarem em cursos médicos, já que seu acesso era liberado apenas nas poucas universidades negras existentes (BAKER et al., 2008).

Em consonância com Flexner, estados sulistas tentaram barrar o acesso da população negra aos cursos superiores, sobretudo à medicina. Neste sentido, destaca-se a união entre governadores dos estados do Sul e fronteiras (totalizando 16 estados) por meio do Conselho Educacional Regional do Sul (SREB, em inglês) com o intuito de investir na Meharry Medical College bancos em transporte público, bebedouros ou banheiros, sendo este um dos marcos iniciais do período Jim Crow (LARGENT, 2018).

(Nashville), que já formava metade dos estudantes médicos negros nos EUA. Eram enviados para lá todos os negros aspirantes a futuros médicos, bem como brancos em busca de cursos não disponíveis nos próprios estados. Com isso, pretendia-se ganhar a simpatia do grande público, sob o pretexto de estarem salvando da falência uma instituição importante para o povo negro americano, enquanto, na verdade, trabalhavam pelo ensino segregado (DESHAZO et al., 2013).

Mudanças só começaram a ser percebidas no fim da década de 40, como mostra o artigo “No Struggle, No Fight, No Court Battle”, a respeito do caso de Edith Mae Irby que, em 1948, tornou-se a primeira estudante negra a ser admitida em uma escola médica pública do Sul. Ainda que, como o título do artigo evidencia, não tenha havido nenhuma batalha judicial para seu ingresso na universidade ou ataques diretos à estudante durante sua graduação, sua admissão só foi possível após uma série de batalhas judiciais bem sucedidas promovidas anteriormente pela NAACP, baseadas no questionamento da não admissão de estudantes negros que, mesmo contando com um currículo acima da média, tinham seu acesso negado em universidades públicas.

Neste sentido, A NAACP iniciou processos judiciais contra estas negativas e, diante da impossibilidade financeira de criação de universidades exclusivas para negros, as instituições foram lentamente sendo obrigadas a aceitar estes estudantes. É conveniente pontuar que, no caso de Edith Mae Irby, houve certo apoio popular e midiático, com base na ideia de que o Estado deveria se responsabilizar pela educação dos cidadãos independente de sua cor. Contudo, ela era obrigada a comer em local





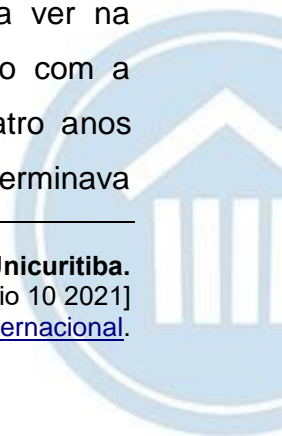
separado tanto dos colegas brancos (por conta de sua cor), como separada dos profissionais negros da universidade (por conta de sua posição como estudante de medicina). Todavia, foi só em 1954, no famoso caso *Brown v. Board of Education* que se decidiu pela inconstitucionalidade das escolas segregadas (GAMBLE, 2013).

Se o relatório Flexner é mais um exemplo do racismo na medicina, a ações dos agentes públicos para com a Universidade Meharry demonstra o racismo dentro do próprio Estado. Percebe-se, também, que a segregação institucionalizada só começou a ceder frente a impossibilidade de construção de universidades “separadas-mas-iguais” para estudantes negros, ressaltando inclusive a importância do fator econômico na luta contra o racismo.

3.3.2 Produção de conhecimento em ciências médicas

Na primeira metade do século XX, surgiu na medicina americana um novo discurso médico antropológico, tendo no médico Julian H. Lewis (diretor de pesquisa no Providence Hospital, em Chicago) um de seus expoentes. A princípio, buscavam-se indicativos bioquímicos de raça, ainda que não se manifestasse um desejo expresso de relacionar raça com adoecimento. Contudo, nos anos 40 e 50, chegou-se a propor que a maior prevalência de anemia falciforme nos negros americanos em relação aos africanos (com base em evidências da época) se devia, provavelmente, à maior miscigenação daqueles com a raça branca. Foram poucos os estudiosos que atribuíram tais conclusões a erros ou insuficientes dados clínicos (TAPPER, 1997).

Na verdade, além de buscarem uma justificativa “científica” contra a miscigenação racial, tentaram encontrar na anemia falciforme e no traço falcêmico um “marcador biológico” da raça negra (“a deeply rooted racial characteristics”), da mesma forma que a eugenia utilizava medidas antropométricas como indicativos de diferenças raciais. (TAPPER, 1997) Desta forma, em 1943, um médico americano chegou a ver na miscigenação racial um problema de saúde pública que devia ser atacado com a proibição de casamentos inter-raciais por lei federal (WAILOO, 2015). Quatro anos depois, um editorial do JAMA (Journal of the American Medical Association) determinava





que, considerando a presença da anemia falciforme como indiscutivelmente associada a alguma parcela de sangue negro, a raça tinha de ser, portanto, um considerável fator etiológico. Tais vozes tinham como argumentos erros da ciência da época, posto acreditar-se equivocadamente que a anemia falciforme era uma doença dominante, manifestando-se independentemente da genética do parceiro ou parceira da pessoa afetada (WAILOO, 2015).

Ainda que os afro-americanos fossem encarados como seres humanos distintos, integrantes de uma raça diferente, isto não os livrou de serem usados como objetos de pesquisa em medicina. Neste aspecto, vale ressaltar que o supracitado médico Julian H. Lewis via os afro-americanos como uma proveitosa fonte de estudo, permitindo a comparação dos efeitos entre a vida “civilizada” americana e as “condições primitivas” africanas. Lewis chegou a citar o trabalho do cientista social afro-americano W. E. B. Du Bois, *The health and disease of the Negro American*, que estimulava o estudo do negro americano. Entretanto, Du Bois não via o negro como uma raça específica, mas como um grupo oriundo do contanto entre diversos povos, não somente africanos, merecendo ser estudado por conta de sua diversidade. Todavia, pesquisadores como Lewis seguiram buscando provas bioquímicas das diferenças raciais, recorrendo a elas para a explicação de processos de adoecimento. O próprio Du Bois já alertara para o fato de se deverem às condições de vida dos negros a responsabilidade pelos seus índices de morbidade e mortalidade, sendo, contudo, ignorado como os médicos negros do século XIX que combatiam a escravidão. (TAPPER, 1997) Du Bois, inclusive, foi o primeiro a descrever as relações entre racismo, desigualdade social e saúde (JACOBY et al., 2018).

A respeito do uso de afro-americanos como fonte de estudo, o caso mais emblemático foi o Estudo da Sífilis não Tratada (USPHS Study of Untreated Syphilis) realizado em Tukegee que, ocorrido entre 1932 a 1972, tinha o objetivo de conhecer a história natural da doença em negros, acompanhando os pacientes até seu falecimento, não oferecendo tratamento nem mesmo após o uso eficiente e em larga escala da penicilina. Os indivíduos selecionados nunca foram informados sobre os verdadeiros objetivos do estudo, o qual só teve fim quando um dos pacientes alertou a imprensa (BAUGHMAN, 2009).



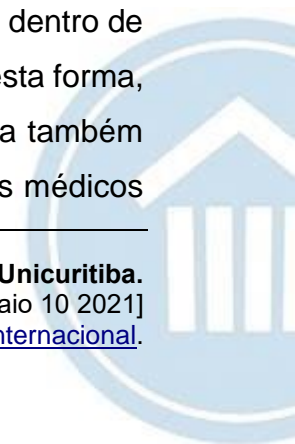


O racismo também se fez presente no não reconhecimento de contribuições por parte de médicos e pesquisadores afro-americanos. Neste aspecto, chama atenção o caso de Louis T. Wright, que foi o mais proeminente cirurgião afro-americano da primeira metade do século XX, com vasta publicação científica, mas cuja história é ainda carente de maiores estudos. Sendo um negro formado em Harvard, Wright sofreu racismo não apenas por parte de brancos, mas também de médicos negros formados em universidades segregadas (especialmente Meharry e Howard), bem como de alguns pacientes negros que não consideravam os médicos negros devidamente treinados (NAKAYAMA, 2014).

Outro profissional negro também vitimado pelo preconceito e a indiferença foi o professor universitário Moses Wharton Young (1904–1986) que, mesmo contando com mais de 100 publicações acerca de temas diversos como alopecia, glaucoma, asma, neuroanatomia e fisiopatologia de lesões explosivas, recebeu pouco reconhecimento no meio acadêmico. Ainda que em 1975 o secretário assistente de defesa Dr. James R. Cowan tenha destacado a originalidade e rigor científico do seu trabalho, sua obra só obteve 19 citações entre 1945 e 1979. Seu trabalho também não o livrou da segregação racial, tendo Young sofrido o impedimento de sua entrada em hotéis e banheiros. Ignorado no próprio país, ganhou em 1963 o prêmio indiano S. J. Joshi Gold por suas pesquisas em ouvido, nariz e garganta (HEYWOOD, 2018).

É importante, também, avaliar a produção de conhecimento por parte de médicos brancos capazes de perceber as discrepâncias nos indicadores de saúde entre as populações brancas e negras. Neste sentido, há o trabalho de Alfred Yankauer lançado em 1950, mostrando a maior taxa de mortalidade infantil entre populações negras em comparação com brancas. Quarenta anos mais tarde, o próprio Yankauer constatava que, a despeito da melhora nestes indicadores, a distância entre negros e brancos permanecia semelhante ou mesmo se ampliara com o tempo (LADWIG; BROWN, 2015).

Conforme Almeida (2019), a classificação dos seres humanos em raças dentro de uma sociedade racista acaba por definir e hierarquizar seus papéis sociais. Desta forma, a posição inferior dos negros americanos no período escravagista é verificada também neste momento histórico, com seus corpos sendo submetidos a experimentos médicos



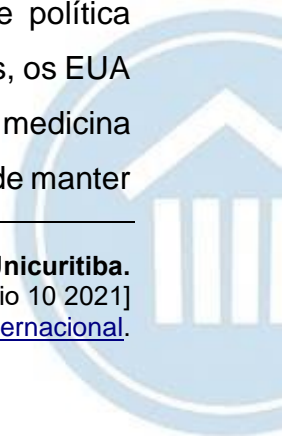


antiéticos (Estudo da Sífilis não Tratada, por exemplo). E, além da produção de estudos com viés racista, verificou-se também o não reconhecimento do trabalho de estudiosos negros, mostrando que o racismo põe em risco o próprio progresso da medicina e, portanto, da ciência como um todo. O trabalho de Yankauer, ao menos, representa um exemplo de atitude antirracista por parte de um médico branco no período.

3.4 SAÚDE PÚBLICA (USO ESTATAL DA MEDICINA)

Em concordância com o que foi verificado na produção de conhecimento em medicina, muitos dados de saúde eram interpretados de forma a basear atitudes estatais racistas. De tal maneira, avanços científicos do século XX em antropologia, embriologia, genética e biologia foram manipulados e reinterpretados por eugenistas e supremacistas brancos para explicar e justificar as maiores taxas de morbidade e mortalidade das populações negras americanas, desconsiderando suas piores condições de vida. Assim, foram criadas justificativas para programas de aborto, contracepção e esterilização em massa, paralelamente à inércia estatal e até mesmo ao impedimento à prestação de serviços de caridade. E, mesmo quando a teoria microbiana estimulou ações de saúde que também incluíssem negros (já que os germes não diferenciavam a cor da pele), associada à preocupação econômica representada pelo adoecimento da força de trabalho (em grande parte negra) e pela insalubridade das cidades (o que dificultava ganhos com o turismo), tais iniciativas apenas limitavam as epidemias pois, além de raras e insuficientes, tinham como meta efetiva proteger a saúde dos brancos (PATTERSON, 2009).

A atuação preconceituosa da medicina também se fez presente em ações estatais além das fronteiras americanas. Em 1915, após o assassinato do presidente haitiano Vilbrun Guillaume Sam, deu-se a ocupação americana do Haiti (que se estenderia até 1934), durante a qual registrou-se o uso da medicina como instrumento de política externa. Estando comprometida a segurança de agentes diplomáticos franceses, os EUA ocuparam o Haiti e, após a repressão de grupos de resistência, buscaram na medicina parte de sua estratégia de justificação da ação militar, motivados pelo interesse de manter

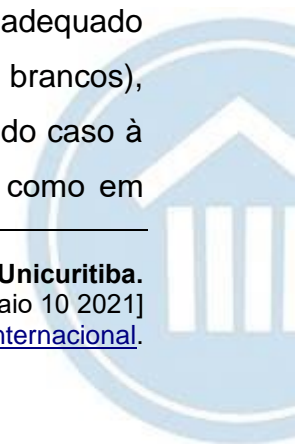




o controle americano nas Américas em consonância com a doutrina Monroe. Assim, frente a grande prevalência das treponematoses bouba e sífilis entre os haitianos, foram iniciadas campanhas de erradicação destas doenças, em especial da bouba, cujo comprometimento cutâneo a tornava mais evidente e, portanto, seu tratamento serviria como demonstração de qualidade da medicina e cultura dos EUA. Porém, estando ausentes amplas ações de saúde e melhoria da qualidade de vida, além da baixa efetividade do tratamento disponível (numa era anterior ao uso em larga escala da penicilina), o objetivo de erradicação da bouba não foi alcançado. A justificativa do insucesso por parte dos responsáveis se baseou em explicações paternalistas, culpando a incapacidade de adesão do povo haitiano, supostamente atrasado, à medicina científica (STEWART, 2018).

A atuação da medicina no exército também teve a marca do racismo. Afinal, muitos soldados negros foram afastados do serviço militar e perderam todos os benefícios que teriam como veteranos em virtude de psiquiatras alegarem que seus problemas mentais não eram resultado do ambiente bélico, mas sim algo constitucional, racial. A ideia de determinismo racial e biológico relacionada às doenças mentais refletia boa parte da opinião médica corrente, agravada pela escassa pesquisa a respeito dos soldados egressos do campo de batalha -sobretudo de soldados negros (DWYER, 2006).

Conforme se depreende da ação da medicina no exército americano, o racismo também influenciou o campo da saúde mental. Exemplo notório é o do Crownsville State Hospital, ao sul de Maryland, criado em 1910 com o objetivo duplo de acolher a demanda de saúde mental de negros da região (recebendo brancos só em 1960) e não gerar prejuízos, o que se alcançava utilizando a mão-de-obra dos internos para construir o prédio, fazer cestos para venda, limpar a terra e colher tabaco - prática esta ditada pela “terapia industrial” da época. Não bastasse o uso de pacientes como mão-de-obra, o hospital funcionava sem o mínimo conforto (locais úmidos, escuros, sufocantes e enfermarias sem distinção de idade, diagnóstico e sexo), com insuficiente e inadequado corpo de profissionais para os mais de 1800 pacientes: oito médicos (todos brancos), uma enfermeira e uma porção de assistentes sem formação. Após denúncia do caso à imprensa nos jornais “The Baltimore Sun”, “Baltimore Afro-American”, bem como em

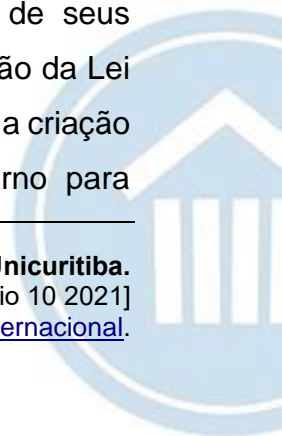




outras publicações, surgem reações de movimentos antimanicomiais e de movimentos negros que resultam em melhorias no hospital. Desta forma, criaram-se enfermarias, laboratórios, dentre outras melhorias, mas somente em 1962, mesmo longe do ideal, o hospital seria creditado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Em 1965 o hospital Crownsville teve seu primeiro superintendente negro (NURIDDIN, 2019).

A atenção estatal para com as condições de vida e saúde da população negra só começou a mudar por volta de janeiro de 1964, quando o presidente Lyndon B. Johnson começou a chamada “Guerra à Pobreza”: um conjunto de ações legislativas para promover justiça social, saúde pública e diminuir a taxa de pobreza nacional (cerca de 17%, em contraste aos 80% observados entre a população negra do Mississippi). O primeiro programa implementado foi o Grupo de Desenvolvimento Infantil do Mississippi (GDIM) em 1965 que, com o orçamento inicial de 1,3 milhão de dólares, permitiu a criação de 86 centros de saúde em 24 condados. Eles proviam educação pré-escolar, duas refeições/dia, cuidado médico, odontológico e encaminhamentos quando necessário. A iniciativa empregou mais de 1100 pessoas e estima-se que beneficiou mais de 6000 crianças de baixa renda. Contudo, não deixou de ser acusada de doutrinação política comunista, corrupção e má gestão financeira, sofrendo tentativas de asfixia financeira por parte da elite branca sulista e de seus representantes no estado e no senado. E, quando uma das unidades foi queimada, houve reação até mesmo na então inerte comunidade médica branca, destacando-se a figura do pediatra Jim Gilbert Hendrick, que fundou igrejas inclusivas, recolheu comida e itens pessoais para protestantes dos movimentos pelos Direitos Civis presos em 1965, dirigiu um dos centros de saúde do GDIM e, juntamente com outros 44 médicos, empresários e mais profissionais, assinou e publicou a “Declaração de crença e intenção”, um escrito abertamente antirracista que criticava a segregação de parques e piscinas pela administração pública (DESHAZO et al., 2016).

Em solo americano, a medicina teve na segregação hospitalar um de seus aspectos mais marcantes, a qual não se resolveu nem mesmo com a aprovação da Lei dos Direitos Civis em 1964. Na verdade, o problema só diminuiu realmente após a criação em 1965 do Medicare, que é um seguro de saúde financiado pelo governo para





americanos com 65 anos ou mais, destinado apenas a instituições não segregadas. Os hospitais, em busca da verba federal, só então viram-se obrigados a abandonar a segregação (WASHINGTON et al., 2009).

Aqui, além dos já vistos usos da medicina na criação de justificativas para atitudes racistas, encontra-se um exemplo de que o racismo da medicina e sociedade americana se fazia presente mesmo em ações fora de seu território, em mais um exemplo claro do caráter estrutural deste racismo. Racismo e segregação também foram identificados na atuação da psiquiatria americana.

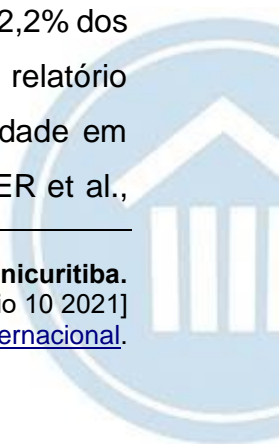
Chama atenção, todavia, o Programa de Guerra à Pobreza que, mesmo contando com reações negativas de parte da sociedade, representou um avanço por parte do poder público, o que provavelmente só se tornou possível frente à mobilização crescente da população no sentido de combater o racismo não apenas na medicina, mas em toda a sociedade americana.

E, quanto ao programa Medicare, fica evidente que, a exemplo do que ocorrera no combate à segregação em universidades, o aspecto econômico tem um peso importante, de modo que quando ser racista se torna “caro”, muitas atitudes racistas acabam sendo tolhidas.

A seguir, apresenta-se o estado da medicina americana com relação ao racismo após a queda das leis Jim Crow em 1965.

3.5 CONTEXTO HISTÓRICO POSTERIOR

O legado do racismo para a medicina americana contemporânea reside no atual baixo número de médicos negros (mesmo com a criação de cotas raciais), na desconfiança de algumas associações profissionais por parte de alguns médicos negros e nas atuais disparidades nos indicadores de saúde. Dados de 2006 apontam que, mesmo representando 12,3% da população americana, os negros eram apenas 2,2% dos médicos e estudantes de medicina, número inferior aos 2,5% presentes no relatório Flexner de 1910. Além disso, os negros continuam com baixa representatividade em sociedades nacionais honorárias (JAIN et al., 2019) bem como na AMA (BAKER et al.,





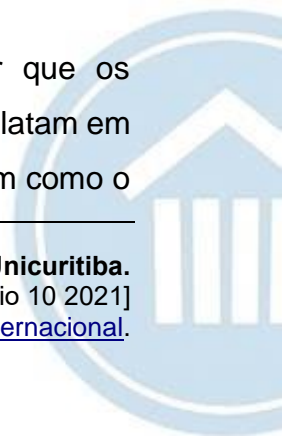
2008), a qual, atualmente, tem reconhecido seus equívocos anteriores e tentado aproximar-se tanto de médicos negros como hispânicos (WASHINGTON et al., 2009). Somam-se a estes fatos a atual desconfiança de muitos afro-americanos para com o cuidado médico e a saúde pública, motivada por ações como o Estudo da Sífilis não Tratada de Tuskegee, conforme já citado (BAUGHMAN, 2009).

No artigo “Ghosts of Our Collective Subconscious — What Blackface in a Yearbook Photo Means for Medical Education”, o estudante de medicina Dereck

W. Paul Jr. apresenta um exemplo da persistência do racismo na universidade, chamando a atenção para a foto de livro do ano (1984) do então médico recém-formado Ralph Northam (eleito governador da Virgínia em 2018 pelo partido democrata). Nela, vê-se um homem pintado de preto ao lado de um outro com os trajes brancos e capuz cônico da organização racista Ku Klux Klan. Ainda que pudesse ser espantoso o uso de símbolos de racismo e opressão por parte de um estudante de medicina, só recentemente o caso teve uma repercussão limitada na imprensa (JAIN et al., 2019).

Além do supracitado Dereck W. Paul Jr., a também estudante de medicina Mariam O Fofana contribui para a discussão com seu artigo “The Spectre of race in American medicine”. Nele, Fofana demonstra que o conceito de raça ainda está presente na prática médica americana, fato este exemplificado pela aprovação por parte do FDA (Federal Drug Administration) da droga BiDil para uso exclusivo em negros com insuficiência cardíaca. A aprovação do seu uso se deu com base em um estudo de caso-controle, o qual sugeria que os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs) não eram tão efetivos em negros acometidos de insuficiência cardíaca. Diante de controvérsias surgidas, um ensaio clínico foi iniciado. Todavia, os autores do estudo caso-controle reviram seus resultados e reconheceram que os IECAs eram efetivos de maneira semelhante em negros e brancos. Como bem aponta Fofana, as distinções raciais provavelmente não seriam encontradas pelos autores se, de antemão, elas não fossem pressupostas por eles mesmos (FOFANA, 2013).

Ainda sobre o trabalho de estudantes de medicina, cabe ressaltar que os supracitados Dereck W. Paul Jr e Mariam O Fofana (ambos afro-americanos) relatam em seus artigos que, na sua vida diária enquanto estudantes de medicina, percebem como o

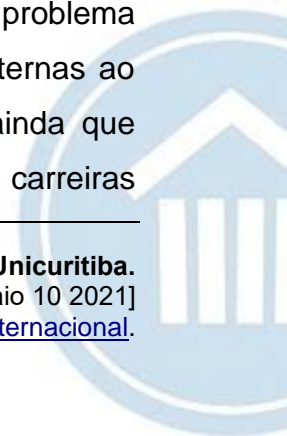




conceito de raça (e os estereótipos a ele associados) pode interferir na prática dos professores e ser emulado pelos estudantes (incluindo estudantes negros), que geralmente se demonstram hábeis em seguir os passos de seus docentes (FOFANA, 2013; JAIN et al., 2019). Há, inclusive, evidências de que alguns estudantes ainda acreditam na existência de diferenças biológicas específicas entre negros e brancos, o que chega a resultar na administração de menores doses de analgésicos em pacientes negros quando comparados com brancos (RAKATANSKY, 2017).

É já na época posterior à vigência das leis Jim Crow que o conceito de racismo estrutural surge e se faz presente como uma ferramenta importante para a compreensão do racismo nas sociedades contemporâneas. Conforme se depreende das ideias do professor Silvio Almeida já apresentadas, o racismo estrutural é definido como conjunto de ideologias e processos socioecológicos que, adequando-se às mudanças sociopolíticas, persistem ao longo do tempo. Afinal, ainda que o racismo pareça menos evidente na sociedade americana após as conquistas dos movimentos sociais nos anos 60 (dentre as quais se destaca o fim das leis Jim Crow), seus efeitos persistem até os dias atuais. No estado da Filadélfia, por exemplo, identificou-se que áreas com maioria de população negra eram menos favorecidas por investimentos durante a década de 30 do século XX por serem consideradas “perigosas” e que, até hoje, seguem registrando maiores índices de crimes violentos. (JACOBY et al., 2018) Uma vez consideradas “perigosas”, estas regiões e seus habitantes veem-se presas de uma desigualdade concentrada, com redução do acesso ao mercado de trabalho e a instituições como escolas e hospitais, por exemplo. (PARSI, 2016) Dessa forma, percebe-se a importância de que ações de saúde levem em conta o contexto histórico e geográfico a fim de combater a desigualdade racial evidenciada, também, nos indicadores de saúde (JACOBY et al., 2018).

O conceito de racismo estrutural encontra ressonância inclusive na baixa representatividade negra em atividades médicas de ensino e pesquisa. Afinal, o problema persiste mesmo que tenham sido empregadas ações contra as barreiras externas ao acesso às universidades (como a criação de cotas raciais). Tais ações, ainda que importantes, não aboliram as motivações intrínsecas que moldam as carreiras





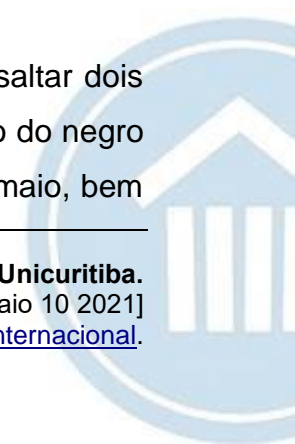
profissionais. Desta forma, em virtude de seu passado de exclusão e violência, muitos profissionais negros veem-se obrigados a serem não apenas bons profissionais, mas também a contribuir para o bem-estar de suas comunidades, algo denominado racial-côncios profissionalismos (profissionalismo racialmente consciente), o que amplia as atribuições dos profissionais negros e limita suas chances de participarem da academia. Assim, ações para combater o problema deveriam levar em conta as características específicas do profissional negro, que pode enriquecer o ambiente acadêmico justamente por conta de suas peculiaridades (POWERS et al., 2016).

4. CONCLUSÃO

Uma vez que a medicina não está livre dos preconceitos inerentes à sociedade que integra, cabe ao médico formado e em formação não apenas dominar a teoria e a prática de sua profissão, mas também refletir sobre suas ações no contexto social mais amplo. Afinal, a presença do racismo na medicina americana mostra que nem mesmo uma das sociedades mais ricas do mundo está livre de ter entre parte de seus médicos pessoas que endossaram ideias não apenas destituídas de comprovação científica, mas que também contribuíram para o mal de incontáveis pacientes.

Neste sentido, também é oportuno ressaltar que a ciência não está livre da manipulação deliberada, de modo que dados objetivos podem ser postos em favor de conclusões que a própria ciência deveria rechaçar. Tal fato ressalta a importância, por parte do médico e de toda a sociedade, de uma análise crítica da produção científica, a fim de que se combatam trabalhos enviesados, dando assim mais espaço para estudos sérios. O dever da condução ética de pesquisas dentro e fora da medicina, frente as muitas atrocidades cometidas em nome do racismo ou de qualquer outro conceito descabido, é também uma ressalva oportuna neste momento.

Tendo em vista o tema e os propósitos deste artigo, é necessário ressaltar dois fatos ocorridos em 2020, um ano após o início desta pesquisa: o assassinado do negro George Floyd por um policial americano no estado de Minnessota no mês de maio, bem





como a maior letalidade por COVID-19 entre negros quando comparados com o restante da população (LAURENCIN; MCCLINTON, 2020). Tais exemplos mostram que a maior vulnerabilidade da saúde do povo negro americano, seja por causas violentas ou não, se comprova não apenas pela pesquisa pregressa como também pela atual.

Diante do exposto, ações que promovam a discussão por parte da classe médica em conjunto com a sociedade devem ser estimuladas, a exemplo do Projeto de e Extensão Cine & Medicina, o qual permitiu a reflexão que deu início a este trabalho. É por meio da compreensão das distorções presentes na sociedade, e não apenas pelo ensino médico técnico, que médicos e não médicos serão capazes de articular atitudes antirracistas nos EUA e nas demais sociedades contemporâneas.

Por fim, são necessários estudos semelhantes sobre outras sociedades, com destaque para a brasileira (que tem mais de 50% de sua população afrodescendente e ainda sofre com o preconceito racial), de modo a se comparar a atuação do racismo em diversos contextos e, assim, melhor compreender sua dinâmica e as maneiras mais eficientes de combatê-lo.

5. REFERÊNCIAS

BAKER, R. B. et al. African American Physicians and Organized Medicine, 1846- 1968. *Jama*, v. 300, n. 3, p. 306, 2008.

BAUGHMAN, J. L. *The Journal of American History* December 2009. *The journal of American History*, n. December, p. 874–876, 2009.

DESHAZO, R. D. et al. Crooked path made straight: The rise and fall of the southern governors' plan to educate black physicians. *American Journal of Medicine*, v. 126, n. 7, p. 572–577, 2013.

DESHAZO, R. D. et al. An Unwilling Partnership With the Great Society Part I: Head Start and the Beginning of Change in the White Medical Community. *American Journal of the Medical Sciences*, v. 352, n. 1, p. 109–119, 2016.





DESHAZO, R. D.; PARKER, S. B. The Underappreciated Doctors of The American Civil Rights Movement. Part I: Theodore Roosevelt Mason Howard, MD. *American Journal of the Medical Sciences*, v. 354, n. 1, p. 17–21, 2017.

DESHAZO, R. D.; SMITH, R.; SKIPWORTH, L. B. Black physicians and the struggle for civil rights: Lessons from the Mississippi experience: Part 1: The forces for and against change. *American Journal of Medicine*, v. 127, n. 10, p. 920–925, 2014a.

DESHAZO, R. D.; SMITH, R.; SKIPWORTH, L. B. Black physicians and the struggle for civil rights: Lessons from the Mississippi experience part 2: Their lives and experiences. *American Journal of Medicine*, v. 127, n. 11, p. 1033–1040, 2014b.

DOWNS, Jim. Emancipation, sickness, and death in the American Civil War. *The Lancet*, v. 380, n. 9854, p. 1640–1641, 2012.

DWYER, E. Psychiatry and Race during World War II. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, v. 61, n. 2, p. 117–143, 2006.

FISHER, W. Physicians and Slavery in the Antebellum. v. 23, n. 1, p. 36–49, 2016.

FOFANA, M. O. The spectre of race in American medicine. *Medical Humanities*, v. 39, n. 2, p. 137–141, 2013.

GAMBLE, V. N. No struggle, no fight, no court battle: The 1948 desegregation of the university of arkansas school of medicine. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, v. 68, n. 3, p. 377–415, 2013.

HEYWOOD, P. “Academic racism” and the neglected scholarship of the anatomist M. Wharton Young, MD, PhD (1904–1986). *Journal of Medical Biography*, v. 26, n. 1, p. 22–29, 2018.

JACOBY, S. F. et al. The enduring impact of historical and structural racism on urban violence in Philadelphia. *Social Science and Medicine*, v. 199, p. 87–95, 2018.

JAIN, M. K. et al. Saving the Endangered Physician-Scientist — A Plan for Accelerating Medical Breakthroughs. *New England Journal of Medicine*, v. 381, n. 5, p. 399–402, 2019.

KENNY, S. C. “a dictate of both interest and mercy”? Slave Hospitals in the Antebellum South. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, v. 65, n. 1, p. 1–47, 2010.

KILWEIN, J. H. Medicine as an agency of social control: part four. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, v. 20, n. 2, p. 49–53, 1995.





KRIEGER, N. Shades of Difference: Theoretical Underpinnings of the Medical Controversy on Black/White Differences in the United States, 1830–1870. *International Journal of Health Services*, v. 17, n. 2, p. 259–278, 2005.

LADWIG, S.; BROWN, T. Alfred Yankauer (1913-2004): Advocate for public health and social justice. *American Journal of Public Health*, v. 105, n. 2, p. 282, 2015.

LARGENT, E. A. Public Health, Racism, and the Lasting Impact of Hospital Segregation. *Public Health Reports*, v. 133, n. 6, p. 715–720, 2018.

NAKAYAMA, D. K. Louis T Wright, MD, FACS (1891 to 1952), and the Integration of American Medicine. *Journal of the American College of Surgeons*, v. 218, n. 4, p. 869–874, 2014.

NURIDDIN, A. Psychiatric Jim Crow: Desegregation at the Crownsville State Hospital, 1948-1970. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, v. 74, n. 1, p. 85–106, 2019.

PARSI, K. The Unbearable Whiteness of Bioethics: Exhorting Bioethicists to Address Racism. *American Journal of Bioethics*, v. 16, n. 4, p. 1–2, 2016.

PATTERSON, A. Germs and Jim Crow: the impact of microbiology on public health policies in progressive era American South. *Journal of the history of biology*, v. 42, n. 3, p. 529–59, 2009.

POWERS, B. W. et al. Race-conscious professionalism and African American representation in academic medicine. *Academic Medicine*, v. 91, n. 7, p. 913–915, 2016.

RAKATANSKY, Herbert. (2017). The persistence of racially-based health care inequities. *Rhode Island medical journal*, v. 100. p. 11-12, 2017

SÁ JÚNIOR, L.S.de M. Uma introdução à medicina - Vol. II - O que é medicina. 1.ed. Brasília: Editora do CFM, 2016

STEWART, A. D. M. An imperial laboratory: the investigation and treatment of treponematoses in occupied Haiti, 1915-1934. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, v. 24, n. 4, p. 1089–1106, 2018.

TAPPER, M. An “Anthropology” of the “American Negro”: Anthropology, Genetics, and the New Racial Science, 1940-1952. *Social History of Medicine*, v. 10, n. 2, p. 263–289, 1997.

TUNC, T. E. The mistress, the midwife, and the medical doctor: Pregnancy and childbirth on the plantations of the antebellum American South, 1800-1860. *Women’s History Review*, v. 19, n. 3, p. 395–419, 2010.





WAILOO, K. Genetic Marker of Segregation : Sickle Cell Anemia , Thalassemia , and Racial Ideology in American Medical Writing 1920-1950 Author (s): Keith Wailoo Source : History and Philosophy of the Life Sciences , Vol . 18 , No . 3 , The First Genetic Marker (S. v. 18, n. 3, p. 305–320, 2015.

WASHINGTON, H. A. et al. Segregation, civil rights, and health disparities: The legacy of African American physicians and organized medicine, 1910-1968. Journal of the National Medical Association, v. 101, n. 6, p. 513–527, 2009.

WINKFIELD, K. M. The quigless clinic: Its impact on the lives of african americans living in Tarboro, North Carolina, in the 1950s. Journal of the National Medical Association, v. 101, n. 2, p. 184–188, 2009.

