

Dos “sertões da farinha podre” para todo o Brasil

Os congressos médicos regionais e a institucionalização
da medicina em Goiás (1947-1960)

From “Backlands of Rotten Flour” Toward Brazil

The Regional Medical Congresses and the Institutionalization
of Medicine in Goiás (1947-1960)

TAMARA RANGEL VIEIRA

Pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Av. Brasil, n. 4036, 4º andar, sala 404, Rio de Janeiro, RJ, 21.040-361, Brasil

tamararangel@fiocruz.br

RESUMO Espaço privilegiado de intercâmbio intelectual entre os médicos do interior e ilustres figuras da ciência nacional, os Congressos Médicos do Brasil Central, que tiveram início em 1947, figuraram também como espaço de cobrança aos poderes públicos. Com base em periódicos médicos editados na região, nas atas das reuniões da Associação Médica de Goiás e em depoimentos orais de médicos locais, analiso a organização, objetivos e principais temas destes congressos, cuja ênfase recaía sobre as doenças que mais acometiam os habitantes do interior. Em um contexto político no qual as endemias rurais estavam em destaque, os médicos que atuavam na região ganharam visibilidade justamente por pesquisarem estes males, fomentando uma rede científica nacional interessada nas patologias tropicais. O êxito destes eventos marcou o processo de institucionalização da medicina em Goiás, cujo ápice está na fundação da Faculdade de Medicina de Goiás em 1960, marco temporal final do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Goiás, congressos médicos, doenças tropicais

Recebido: 20 de janeiro de 2015 | Aprovado: 02 de abril de 2015

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-87752015000200008>

Varia Historia, Belo Horizonte, vol. 31, n. 56, p. 479-510, mai/ago 2015

ABSTRACT Privileged space for intellectual exchange among physicians of the hinterland and illustrious figures of national science, Medical Congress of Central Brazil, which began in 1947, also figured as claim space to the public authorities. Based on published regional medical journals, in the minutes of the Medical Association of Goiás meetings and speech of local doctors, I analyze the organization, objectives and main themes of these congresses, whose emphasis was focused on diseases that most afflict inhabitants of the hinterland. In a political context in which rural endemic diseases were highlighted, physicians working in the region gained visibility just by searching these maladies, promoting a national scientific network interested in tropical diseases. The success of these events followed the medicine institutionalization process in Goiás, whose hallmark is the foundation of Goiás Medical School in 1960, final timeframe of this article.

KEYWORDS Goiás State, medical congress, tropical diseases

Fundada em 1960, a Faculdade de Medicina de Goiás simboliza o ápice da institucionalização da medicina goiana. Sua criação representou o coroamento de um processo que remonta à consolidação de Goiânia como capital de Goiás entre 1937, ano em que a mudança se efetivou concretamente, e 1942, quando aconteceu seu ‘batismo cultural’, evento que oficializou a inauguração. As expectativas profissionais que se abriram com a nova cidade, atraíram em sua maioria médicos recém-formados que fixaram-se na nova capital ainda em seus primórdios. Inicialmente desorganizados e sem objetivos concretos, aos poucos os médicos goianos foram percebendo a importância de se agregarem em torno de uma instituição que os representasse e vocalizasse suas demandas. Foi no âmbito dos Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central – objeto de análise deste artigo – que os médicos goianos iniciaram seu processo de institucionalização, criando a Associação Médica de Goiás.¹

1 A expressão “sertões da farinha podre” aparece em um dos artigos médicos consultados como fonte para este texto, em referência à região do Triângulo Mineiro. O termo foi usado amplamente

A primeira edição destes congressos aconteceu em 1947 por iniciativa da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba. Reunindo inicialmente poucas dezenas de profissionais, logo chegariam a agregar centenas de participantes provenientes do interior e de grandes centros, como Rio de Janeiro e São Paulo. Espaço privilegiado de troca intelectual entre os médicos que atuavam no Brasil Central, os goianos marcaram presença nestes eventos desde suas primeiras edições. Até 1960 foram dez encontros deste tipo e Goiânia sediou dois deles: em 1951 e em 1958. Além do intercâmbio que promoviam, estes congressos também se configuraram como excelente oportunidade de diálogo com o poder público. Respaldados pela possibilidade de ver com os próprios olhos a gravidade com que grassavam certas doenças, os médicos da região chamavam a atenção das autoridades – cada vez mais assíduas nestas ocasiões – e cobravam soluções para os principais problemas enfrentados.

Importante canal de expressão para os médicos do sertão e de divulgação de suas pesquisas, estes congressos médicos conformavam-se também como arena importante de interação entre os pares, reforçando o sentimento de pertença à comunidade médica nacional. Neste sentido, na primeira parte deste artigo abordo os congressos médicos em questão como oportunidade de os médicos do interior reforçarem os laços de identidade com seus pares atuantes nos grandes centros. Espaço importante de circulação de ideias, no qual estabeleciam contatos importantes, ou mesmo oportunidade para estreitar vínculos iniciados durante o período de formação, estes eventos se constituíram também como boas ocasiões para estes médicos demonstrarem competência e experiência em torno de temas caros aos habitantes das

até a chegada dos trilhos da ferrovia Mogiana e a Proclamação da República, quando então caiu em desuso. LOURENÇO, 2007. Entre as explicações para a origem desta expressão, figura a lenda de que viajantes, ao cruzarem terras paulistas e mineiras rumo a Goiás, depositavam víveres próximos a ribeiros; ao retornarem, encontravam tais mantimentos já apodrecidos. Para alguns autores essa designação não seria original, mas sim decorrente da existência da freguesia de São Paio da Farinha Podre, em Portugal, existindo no centro oeste mineiro um córrego de mesma nome, afluente do rio das Mortes. DANTAS, 2009; TEIXEIRA, 2001.

zonas rurais. Ao apresentarem trabalhos originais e atualizados, desafiavam o imaginário social sobre os sertões, comumente associados ao isolamento e ao atraso, e surpreendiam seus colegas do Rio e São Paulo principalmente.

Inicialmente estruturados como regionais, estes congressos se tornaram nacionais tanto pela ampla audiência conquistada, como pelos temas priorizados. Embora todo o tipo de questão fosse debatida, o destaque ficava por conta das enfermidades locais, que ocupavam a pauta principal em mesas redondas e conferências. Tratava-se de doenças que tinham uma geografia própria, específica, mas que eram nacionais na medida em que acometiam grande parte dos trabalhadores rurais, nas mãos dos quais estava depositado o desenvolvimento da nação – segundo a retórica que povoava os discursos políticos em meados do século passado. Assim, na segunda seção deste artigo destaco o lugar da saúde do homem do interior na agenda dos governos ao longo do período considerado – aspecto importante para se compreender o interesse de seus representantes nestes certames, bem como seu êxito.

Para a última parte deste artigo reservei uma abordagem mais detalhada das edições destes congressos até 1960. Analisarei sua organização e objetivos, bem como os principais temas abordados nestes encontros, embora a ênfase recaia sobre as edições organizadas pelos próprios goianos porque demarcam momentos importantes de sua inserção neste circuito mais amplo da comunidade médica. Como clínicos do interior, estavam mais próximos dos doentes acometidos pelos males típicos da região, daí a recorrência de alguns temas, em especial a doença de Chagas e o megasôfago. O conhecimento por eles produzido sobre estes problemas locais, fruto das vantagens advindas da proximidade com o campo de pesquisa, fomentou uma rede interessada nas patologias tropicais que lhes renderia muita visibilidade no cenário nacional. Os congressos médicos em questão colaboraram para essa notoriedade, assim como para o fortalecimento dessa rede, como será possível acompanhar.

OS CONGRESSOS CIENTÍFICOS DO BRASIL CENTRAL EM FOCO: CANAIS DE EXPRESSÃO PARA OS MÉDICOS DO INTERIOR

(...) Acresce mais ainda, caros colegas, julgarmos ser nossa obrigação apresentarmos trabalhos em ocasiões como esta, a fim de que possam os nossos visitantes verificar, que embora clinicando no interior de nossa pátria, continuamos com o mesmo ardor, com o mesmo entusiasmo, e com a mesma dedicação daqueles dos grandes centros (...).²

Sob uma ótica antropológica, Larissa Lomnitz analisa a natureza dos congressos científicos e afirma que nestes “rituais sociais” a comunidade científica se renova e reafirma a adesão aos seus princípios mais fundamentais (Lomnitz, 1981, p.47). Como uma arena em que a estrutura, a hierarquia e os valores da comunidade científica se tornam evidentes, a participação neste tipo de ritual reforçaria tais valores e consolidaria o sentimento de identidade dos cientistas. Nos Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central todos esses aspectos enfatizados por Lomnitz são observáveis. Inicialmente, no entanto, chamo a atenção para este traço mais particular do processo de ritualização, que é o reforço da identidade e do sentimento de pertença.

Como um espaço importante de inserção e expressão para os médicos atuantes no interior do Brasil, estes eventos funcionaram como uma espécie de vitrine na qual os médicos sertanejos – como alguns deles se referiam a si próprios – exibiam todo o seu potencial, buscando igualar-se aos colegas atuantes em outros espaços regionais e de ciência do país. Ao assim procederem, buscavam estreitar os vínculos com seus pares e reforçar seu pertencimento ao grupo mais amplo, no caso, a comunidade médica nacional. A própria organização destes congressos

2 VIANNA, Eduardo Velloso. Hipertensão arterial e oftalmologia. *Arquivos de Saúde Pública*, ano I, n. 3, p.64-67, p.64, 1952.

e o empenho em torná-los eventos de alto nível, como se verá a seguir, já dizem muito sobre essa busca por reconhecimento.

A atitude inferiorizada perante seus pares, entretanto, é uma constante nestas ocasiões. Materializada nos trabalhos que apresentam e nos discursos que proferem através do uso de expressões que evidenciam, por exemplo, os poucos recursos com que lidavam no dia-a-dia e o isolamento em que viviam, tal postura não combinava com a qualidade e a originalidade dos trabalhos que apresentavam. Nas fontes, chama a atenção a imagem recorrente do sertão “decadente”, “isolado” e “atrasado” – latente na voz destes médicos. A percepção do Brasil Central como região onde predominavam dificuldades de toda ordem e local em que os médicos teriam que contornar uma série de dificuldades se quisessem continuar a exercer a profissão, é enfatizada em diversas oportunidades. Como explicar esta aparente contradição?

O recurso a estas imagens está diretamente relacionado ao imaginário sobre os sertões do Brasil. Durante boa parte de sua história, Goiás foi identificado como sertão e reconhecido mais pelas ideias negativas que esta categoria encerra do que pelas positivas, relacionadas à originalidade da cultura sertaneja que refletiria o Brasil autêntico (Lima, 1999; Sena, 2003). Entre as imagens negativas que constituem o sertão figuram a decadência, o atraso, o isolamento, o abandono, a pobreza e a doença – ideias que aparecem em variados tipos de fontes relacionados a Goiás até pelo menos meados do século XX (Lima, 1999; Sena, 2003; Freitas, 2008; Chaul, 2010; Garcia, 2010). Cientes do estigma que pairava sobre o interior do país, e dos reflexos desta percepção sobre as expectativas de seus colegas com relação às atividades que ali poderiam ser desenvolvidas, os médicos goianos reforçavam essa imagem do Brasil Central, ao mesmo tempo em que surpreendiam com trabalhos de alto calibre. Potencializando as dificuldades e a falta de condições para o desenrolar de suas pesquisas – aspectos que seriam inerentes ao ambiente em que atuavam, segundo antecipava o imaginário social sobre a região – os médicos agregavam valor às suas atividades. O produto de suas pesquisas não deixava nada a dever aos trabalhos produzidos nos grandes centros nacionais – especialmente Rio e São Paulo – o que causava certa admiração nos médicos destas cidades.

Não se pretende com esta reflexão, negar as diferenças existentes entre o ambiente em que estes médicos exerciam a medicina e aquele à disposição de seus pares nos grandes centros de ciência. Absolutamente. Apenas considera-se que os problemas encontrados pelos médicos nos sertões do país, dada a ausência de instituições de pesquisa de ponta, faculdades médicas ou mesmo a falta de um ou outro recurso técnico, não os imobilizaram impedindo-os de se aperfeiçoarem, atualizarem e de se organizarem, tal como seus colegas atuantes no litoral. Assim, longe de menosprezar as dificuldades existentes para aqueles que optavam pelo trabalho no interior do país, busca-se apenas ressaltar que estas não se interpunham como barreiras invencíveis. Trata-se apenas de matizar um pouco as ideias do isolamento e do atraso, uma vez que eles eram relativos, segundo indicam os congressos médicos aqui analisados.

Vale destacar que a circulação de ideias no âmbito destes congressos se deu principalmente entre os interessados nas doenças que mais acometiam o interior do Brasil. Tendo em vista que os médicos ali atuantes tinham uma posição privilegiada para observar estes problemas, uma vez que recebiam em sua clínica diária pacientes acometidos pela doença de Chagas, bócio endêmico, megaesôfago (enfermidade caracterizada pela dificuldade de deglutir alimentos) ou pênfigo foliáceo (popularmente conhecido como fogo selvagem), por exemplo, acabaram se configurando como os principais aliados dos médicos dos grandes centros que estavam interessados nestas questões. Um bom exemplo dessa aliança está no trabalho de Simone Kropf, no qual destaca-se a importante contribuição dos médicos do interior para o aprofundamento do conhecimento sobre a doença de Chagas (Kropf, 2009).

Embora esta enfermidade seja contemplada em todas as edições destes congressos regionais, e tenha uma importância fundamental sobre o processo de institucionalização da medicina goiana, outros problemas também demandaram a atenção dos médicos do interior. Aproveitando o espaço estimulante de troca de ideias e a possibilidade de ter como interlocutores representantes do governo, estes médicos alertavam sobre outras doenças endêmicas na região, requeriam ações mais efetivas de combate às mesmas e esperavam assinar convênios que objetivassem

debelar alguns destes males. Neste sentido, além de um canal importante de circulação de ideias, troca de informações, de estabelecimento de contatos institucionais e estreitamento de laços pessoais, estes congressos também funcionaram como espaço privilegiado de cobrança aos poderes públicos. A atenção dispensada pelo governo a estas reivindicações e o modo de atendê-las, possui estreita relação com o lugar reservado ao saneamento rural nas agendas de saúde pública em cada período.

O LUGAR DOS SERTÕES NAS AGENDAS DE GOVERNO EM MEADOS DO SÉCULO XX

Até a ascensão de Getúlio Vargas ao poder nos anos 30 e a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, o Brasil contava com o Departamento Nacional de Saúde Pública como seu órgão máximo na área. Dentro dele funcionava a Diretoria dos Serviços de Profilaxia Rural destinada ao combate às endemias que assolavam o interior do país – um dos resultados mais significativos do movimento sanitarista rural do início do século XX.³ À frente do novo ministério, Gustavo Capanema faria mudanças importantes. Movido por um projeto político-ideológico centralizador, condizente com os princípios da administração varguista, Capanema promoveu em 1937 uma grande reforma que deu origem ao Departamento Nacional de Saúde (DNS) e sua incorporação ao referido ministério, que passou a ser denominado Ministério da Educação e Saúde (MES). Conduzindo este departamento, o médico João de Barros Barreto consolidaria o modelo vertical de ações de saúde, baseado em

3 Mobilizando boa parte da elite intelectual e política do país, este movimento responsabilizava o poder público pelas péssimas condições de vida, pela doença e pelo abandono em que vivia o homem sertanejo. Como solução, indicava a necessidade de uma reforma sanitária de grandes proporções, o que subentendia uma atuação mais enérgica do governo nesta área. Isto motivou o governo a estender sua autoridade por regiões até então dominadas quase exclusivamente pelo poder oligárquico, através da implantação de um Serviço de Profilaxia Rural, de um novo código sanitário, de postos sanitários pelo interior e de um Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920. CASTRO SANTOS, 1980, 1985; HOCHMAN, 1998, 2001; LIMA; HOCHMAN, 1996, 2000.

políticas de teor campanhista e centralizador, voltado para problemas sanitários específicos, em especial, para as doenças transmissíveis, que grassavam endemicamente nas áreas rurais (Hochman, 2001; Lima; Hochman; Fonseca, 2005).

A partir da Reforma Capanema de 1937,⁴ o poder público procurou se fortalecer nas regiões mais remotas do território nacional através de novas agências estatais. Organizadas em prol da maior centralização do poder executivo, as delegacias federais de saúde, as conferências nacionais de saúde e os serviços nacionais trabalhavam conjuntamente visando às populações do interior. Vale destacar que a criação dos serviços nacionais aconteceu em 1941 a partir de uma nova reforma, dessa vez empreendida por Barros Barreto, então diretor do DNS. Através desta, estruturou-se o sistema verticalizado das ações sanitárias, correspondendo cada serviço nacional a uma doença específica, modelo que figurou até o início das atividades do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em 1956.

Embora o governo Vargas seja marcado pelas medidas direcionadas ao meio urbano, considerado o eixo mais dinâmico da economia, o setor agroexportador não foi relegado a segundo plano. Dele vinham as divisas necessárias para a implementação do processo de substituição de importações demandado pelo Estado, através do qual se montava o parque industrial brasileiro. Deixar de lado o meio rural, portanto, era descuidar também do setor urbano (Mendonça, 1985).⁵ Entre as medidas tomadas pelo governo visando o meio rural, principalmente buscando conter o grande fluxo migratório que se dirigia para as cidades em busca de melhores condições de vida, estão a política de ‘Marcha para o Oeste’

4 A criação de novas agências estatais não implicou na alteração da agenda sanitária rural, mais voltada para as medidas preventivas do que médico-curativas. Estas últimas ficaram a cargo dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, cujas políticas assistenciais estavam ligadas ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, também criado em 1930. HOCHMAN; FONSECA, 1999.

5 Importante ressaltar que até 1950, 70% da população do país habitava a área rural. Somente na década de 1960 a população urbana tornou-se superior à rural. BRITO, 2006.

e as colônias agrícolas.⁶ Figurando como tentativa de promover a ocupação ordenada dos sertões, conter o êxodo rural, estimular o setor agrário-exportador e ampliar o mercado interno, tais medidas também demandavam investimentos na área do saneamento e justificavam o modelo de saúde pública implementado (Moreira, 2003).

A relevância que as atividades sanitárias e o combate às doenças adquiriram no país neste período se coadunou com uma lógica que se consolidaria internacionalmente durante a II Guerra Mundial, qual seja, a da importância da saúde como um fator de progresso/desenvolvimento. Nesta conjuntura, os avanços médicos e científicos mostraram-se grandes aliados no confronto mundial, minimizando as perdas de grandes contingentes de soldados decorrentes das doenças enfrentadas nos campos de batalha. Os inseticidas (como o DDT), as vacinas (como a da febre amarela) e os antibióticos (como a penicilina) foram alguns dos produtos utilizados durante este período de conflito e que impactaram positivamente sobre a sociedade. Constituindo grandes promessas contra incontáveis doenças, como a malária e a febre amarela – duas das maiores preocupações no Brasil – alguns destes produtos tiveram seu uso intensificado nas campanhas promovidas pelo MES através dos serviços nacionais.

O clima de ‘otimismo sanitário’ provocado pelo sucesso de inúmeras descobertas médico-científicas (Garriet, 1995), chegou ao ápice com o final da guerra e estimulou em alguns sanitaristas, especialmente no Brasil, a crença de que seria possível erradicar uma série de transmissores de doenças graves e epidêmicas, flagelos principalmente das zonas rurais. Essa lógica motivou, por exemplo, médicos e sanitaristas a se

6 Promovida durante o governo Vargas, a Marcha para o Oeste pode ser definida como uma política de colonização do meio-oeste brasileiro, então considerado um dos “vazios demográficos” do território nacional. Segundo Moreira: “visava combater a formação de latifúndios nas fronteiras agrícolas, ampliar a integração física e econômica da nação e transformar as condições de vida e de trabalho da população pobre do campo, tornando-os pequenos produtores e proprietários rurais com capacidade de consumo de bens industriais” (MOREIRA, 2003, p.186). As Colônias Agrícolas Nacionais integraram este conjunto de medidas que buscavam promover a ocupação ordenada dos sertões do Brasil. Tratava-se de lotes de terra em áreas de fronteira, distribuídas pelo governo para promover a ocupação e garantir, principalmente, a soberania e segurança nacional. SCHALLENBERGER; SCHNEIDER, 2010.

empenharem na luta contra os triatomíneos – insetos transmissores da doença de Chagas, popularmente conhecidos como barbeiros. Considerada símbolo dos médicos do Brasil Central (Kropf, 2009), a doença teria lugar reservado na pauta de todas as edições dos congressos médicos aqui analisados por conta de sua endemicidade.

Este clima de otimismo, somado à ameaça de recessão do pós-guerra, contribuiu para um discurso que colocou a saúde no centro do debate que considerava o desenvolvimento a saída para todos os problemas. A criação da Organização Mundial da Saúde em 1948 exemplifica a posição de destaque assumida pela questão sanitária no cenário mundial (Lima; Hochman; Fonseca, 2005). A relação entre saúde e desenvolvimento passou a ser sistematizada em conferências internacionais, concluindo-se que a promoção de medidas sanitárias poderia alavancar o desenvolvimento. Entre estas medidas estão os programas de controle e erradicação de doenças, principalmente as tropicais, com destaque para a malária (Silva, 2008). No Brasil, esta relação entre economia e saúde também foi discutida, enfatizando-se o combate às endemias rurais como solução para a superação do subdesenvolvimento.

Além de contribuir para elevar a saúde a setor relevante nos planos de governo, os debates internacionais interferiram no processo que resultou na criação do Ministério da Saúde em 1953 (Fonseca; Hamilton, 2003). Em seu seio foi criado um órgão voltado exclusivamente para as doenças que assolavam o interior do país, o DNERU, que só começou a funcionar em março de 1956, após a posse de Juscelino Kubitschek (Fonseca, 2001). Absorvendo grande parte dos serviços nacionais da estrutura anterior, este departamento representou a coroação do modelo vertical nas ações de saúde pública nos anos 50 e teve como seu diretor Mário Pinotti – personagem que trazia para o referido órgão a experiência obtida à frente do Serviço Nacional de Malária (SNM), do qual havia sido diretor desde 1942. Ao DNERU caberia organizar e executar os serviços de investigação e de combate a várias endemias, entre elas malária, doença de Chagas, febre amarela e bócio endêmico através de seus setores e 25 circunscrições, correspondentes aos estados, aos territórios e ao Distrito Federal.

As campanhas empreendidas por este novo órgão estavam orientadas segundo o ideário desenvolvimentista do governo JK, e levavam em consideração as áreas que apresentavam condições propícias para o desenvolvimento econômico (Labra, 1988; Hochman, 2009). Embora a maioria da população rural permanecesse excluída dos benefícios sociais que os trabalhadores da cidade possuíam, o combate às endemias rurais visava àquela parcela da população. Se estas doenças eram percebidas como um dos maiores entraves ao desenvolvimento nacional, e se do interior dependia a aceleração da industrialização, nada mais coerente do que investir no aumento da produtividade do trabalhador sertanejo a partir do cuidado com sua saúde. Com base nisso, esperavam os médicos do interior que o governo olhasse com mais atenção para suas demandas em favor dos problemas por eles diagnosticados como de alta gravidade, denunciados em ocasiões como os congressos regionais em questão.

OS CONGRESSOS REGIONAIS CONECTAM O INTERIOR AO RESTO DO BRASIL

Divisor de águas na história da medicina,⁷ em 1947 tiveram início os congressos médicos do Brasil Central. Eventos anuais, inicialmente eram conhecidos apenas como Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e suas quatro primeiras edições aconteceram em cidades mineiras. A princípio tímidos conclaves de âmbito regional, aos poucos foram atraindo um número cada vez maior de médicos, provenientes de várias partes do Brasil e até do exterior (gráfico 1). Hanseníase, bócio endêmico, megaesôfago e doença de Chagas estavam entre os temas mais abordados já nestes primeiros encontros. Coincidentemente ou não,

7 PORTO, Calil; PORTO, Celmo C. História do megaesôfago nos Congressos Médicos do Brasil Central. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 16, n. 1/2, p.117-136, 1970.

estavam também entre as doenças que mais vitimavam os habitantes do interior do país, com destaque para o megaesôfago e a doença de Chagas, cuja elevada casuística intrigava também aqueles que vinham de fora.⁸

8 Ilustram essa elevada estatística os trabalhos de Virgílio Mineiro, que apresentou 1514 casos provenientes do Triângulo Mineiro e Goiás na edição de 1948 deste congresso; Sabino de Freitas Jr. que apresentou 2000 casos de megaesôfago, compilados entre 1936 e 1950 na região do Brasil Central e Joffre Marcondes de Rezende, que ressentindo-se de um estudo que apurasse os dados exclusivamente em Goiás, apresentou uma estatística de 175 casos entre janeiro de 1955 e junho de 1956, fruto dos pacientes que atendeu em seu consultório particular e no ambulatório da Santa Casa de Goiânia. Além destes, é possível ainda mencionar os trabalhos apresentados por Isaac Barreto Ribeiro nos congressos de 1955 e 1956, nos quais chama a atenção das autoridades para a grande quantidade de pacientes atendidos apenas em Ceres (GO), o trabalho de Anis Rassi e Omar Carneiro, apresentando 106 casos de portadores da doença de Chagas e o de Carlos Borges, relatando 174 casos, estes últimos apresentados no congresso de 1955, em Uberlândia. PORTO, Calil; PORTO, Celmo C. História do megaesôfago nos Congressos Médicos do Brasil Central. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 16, n. 1/2, p.117-136, 1970; MINEIRO, Virgílio. Contribuição à etiologia do megaesôfago. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 4, n. 1, p.29-34, 1958; FREITAS JR., Sabino. Megaesôfago e megacolo no Brasil Central. *Resenha Clínico-Científica*, vol. 19, n. 11, p.411-424, 1950; REZENDE, Joffre M. de. Megaesôfago por Doença de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 2, n. 4, p.279-314, 1956; RIBEIRO, Isaac Barreto. Doença de Chagas na Colônia Agrícola Nacional de Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 1, n. 2, p.83-88, out-dez, 1955; RIBEIRO, Isaac Barreto. Forma Aguda da Doença de Chagas em Céres – resultados de diversos tratamentos empregados. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 1, n. 2, p.03-20, 1957; RASSI, Anis; CARNEIRO, Omar. Estudo clínico, eletrocardiográfico e radiológico da cardiopatia chagásica crônica. Análise de 106 casos. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 2, n. 4, p.287-296, 1956; BORGES, Carlos. Diagnóstico laboratorial da Doença de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 2, n. 4, p.279-286, 1956.

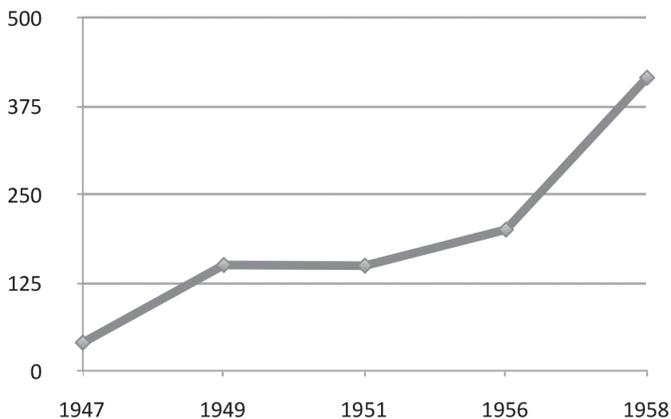


Gráfico 1: Congressos Médicos do Brasil Central - Número de participantes (1947-1958)

Fonte: III CMBCTM - ligeiros dados históricos. *Arquivos de Saúde Pública*, ano I, n. 2, p.06-08, 1951; III CMBCTM - notas do importante conclave científico em Goiânia. *Arquivos de Saúde Pública*, ano I, n. 2, p. 08-23, 1951; NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 2, n. 3, p. 217-223, 1956; NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 4, n. 3, p. 263-295,

A edição de 1950, conhecida como IV Congresso do Triângulo Mineiro e II do Brasil Central, foi marcante para os goianos. Nela ficou decidido que Goiânia sediaria o congresso subsequente, o que implicou na criação da Associação Médica de Goiás (AMG), dado o compromisso assumido na ocasião pelos goianos de criarem uma entidade que reunisse todos os médicos do estado.⁹ O I Congresso da AMG, como foi chamado o V Congresso Médico, foi importante tanto para o grupo de médicos que iniciava sua conformação no estado, como para a cidade de Goiânia. Segundo o *Jornal de Araguaí* o congresso teria significado o “batismo científico” da cidade.¹⁰

É possível captar um pouco da atmosfera de tensão e entusiasmo que pairou sobre os goianos no período que antecedeu a realização

9 III CMBCTM - ligeiros dados históricos. *Arquivos de Saúde Pública*, ano I, n. 2, p.06-08, 1951.

10 ECOS DO III CONGRESSO MÉDICOS DO BRASIL CENTRAL E V DO TRIÂNGULO MINEIRO. *Arquivos de Saúde Pública*, ano I, n. 3, p.23-32, p.29, 1952.

deste congresso. Através das atas das reuniões da AMG, cuja diretoria havia sido empossada no início daquele ano, percebe-se o engajamento dos médicos para tornar aquela oportunidade um marco na história da medicina local. Sua mobilização foi intensa, com a realização de excursões a cidades do interior de Minas Gerais e São Paulo para obter a máxima adesão ao evento, pedidos de auxílio financeiro, inclusive entre as prefeituras do interior do estado, e propaganda via rádio e jornais. Notam-se também os esforços empregados para conciliar as datas do evento com as agendas de médicos importantes como Mário Pinotti, então diretor do SNM, convidado como conferencista. O clima geral era de muita apreensão, tendo em vista a falta de infraestrutura de uma cidade recém-inaugurada, o que redundou, por exemplo, no imprevisto do uso de alas de hospitais como quartos para os congressistas.¹¹

O evento, no entanto, não funcionaria apenas como vitrine para o trabalho dos médicos locais, mas também para os líderes políticos da região. Reunindo número bastante expressivo de participantes para um congresso regional, nele estavam presentes médicos de Minas Gerais, São Paulo, Mato Grosso, Paraná e Rio de Janeiro,¹² chefes de governo de diferentes estados e representantes de instituições federais de saúde, como Mário Pinotti e Ernani Agrícola, este último diretor do Serviço Nacional da Lepra. Tendo em vista a ampla audiência e a notoriedade adquirida pelo evento, o governador Pedro Ludovico Teixeira não desperdiçou a oportunidade e em seu discurso na solenidade de abertura chamou a atenção para as potencialidades do estado que governava, assim como para sua obra-prima, a cidade de Goiânia. Não foi diferente o tom do discurso do prefeito Freitas Borges, focado nas maravilhas da cidade.¹³

11 RASSI, Luiz. Entrevista. *Brasil Imenso Hospital: ideias e políticas de saúde na invenção do país*, Rio de Janeiro: Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, 2006, fita 01/lado B.

12 III CMBCTM - notas do importante conclave científico em Goiânia. *Arquivos de Saúde Pública*, ano I, n. 2, p.08-23, 1951.

13 DISCURSOS PROFERIDOS DURANTE O CONGRESSO. *Arquivos de Saúde Pública*, ano I, n. 2, p.24-37, 1951.

Entre temas oficiais, de colaboração e livres foram apresentados neste encontro 45 trabalhos. Entre os problemas abordados estavam, mais uma vez, aqueles de maior incidência na região: megasofago, bócio endêmico, doença de Chagas e hanseníase. Como relatores destes temas foram convidados grandes nomes da ciência nacional como Alípio Correa Neto (catedrático da Faculdade de Medicina da USP, e na ocasião presidente da Associação Médica Brasileira), Armando Ribeiro dos Santos (que havia sido Diretor do Departamento Estadual de Saúde de Minas Gerais durante o governo de Milton Campos), Emmanuel Dias (cientista do Instituto Oswaldo Cruz e Diretor do Centro de Estudos e Profilaxia da Doença de Chagas em Bambuí - MG) e Ernani Agrícola, respectivamente. O aceite do convite por essas ilustres figuras sugere o interesse que o evento despertava nacionalmente e mostra o respeito pelo trabalho desenvolvido pelos médicos do interior.

As moções aprovadas ao final do congresso demonstravam a preocupação dos médicos com questões basicamente relacionadas à saúde local. Uma delas exaltava os convênios celebrados com o estado de Goiás, como, por exemplo, o que havia sido assinado com Mario Pinotti.¹⁴ Outra moção, dirigida ao Congresso Nacional, pedia urgência para a votação da lei que mandava instituir a iodação do sal de cozinha nas próprias salinas, em âmbito nacional. Essa medida objetivava combater o problema do bócio endêmico, enfermidade caracterizada pela disfunção da glândula tireoidiana em função da deficiência de iodo.¹⁵ Relacionada

14 Os convênios fechados na ocasião com os serviços nacionais da lepra e da malária repercutiriam positivamente sobre as políticas de saúde pública do estado. O início dos expurgos com inseticida em municípios do interior como medida para combater a doença de Chagas, foi decorrente das resoluções tomadas durante este congresso. ATIVIDADES DA SECRETARIA DE SAÚDE EM 1951. *Arquivos de Saúde Pública*, ano I, n. 4, p.38-54, 1952; RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DO DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CENTRO DE SAÚDE DE GOIÂNIA DURANTE O ANO DE 1951. *Arquivos de Saúde Pública*, ano I, n. 4, p.06-10, 1952; RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE EM 1952 APRESENTADO AO EXMO. GOVERNADOR DE GOIÁS. *Arquivos de Saúde Pública*, ano II, n. 8, p.23-58, 1953.

15 Segundo Luiz Rassi, a erradicação do bócio no país se deve à pressão dos médicos do interior por medidas como aquela, materializada na moção ao Congresso Nacional. In: Entrevista. *Brasil Imenso Hospital: ideias e políticas de saúde na invenção do país*, Rio de Janeiro: Programa

a esta, outra moção encaminhada ao governador de Goiás encarecia a urgência de um inquérito sobre a incidência do bócio no estado. Chama a atenção também uma moção dirigida a Getúlio Vargas, para que fosse concretizado o projeto de interiorização da capital federal.¹⁶

A cerimônia de encerramento do congresso é bastante emblemática. Na ocasião, 31 congressistas foram distinguidos com diplomas de sócios honorários, entre eles Alípio Correa Neto, Daher Cutait (cirurgião proctologista do Hospital das Clínicas de São Paulo), Armando Ribeiro dos Santos, Emmanuel Dias, Francisco Laranja (cardiologista vinculado ao Instituto Oswaldo Cruz), Ernani Agrícola, Hilton Rocha (oftalmologista catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais), Pedro Moura (chefe da enfermagem da Santa Casa de Misericórdia do RJ), Jairo Ramos (professor catedrático de Clínica Propedêutica na Escola Paulista de Medicina e editor dos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*) e Samuel Pessoa (professor catedrático de Parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo). Embora não seja possível saber os critérios que nortearam a escolha dos nomes, percebe-se que os médicos laureados constituíam personagens importantes do meio médico nacional.

Retomando a ideia dos congressos científicos como grandes rituais, segundo reflexão feita inicialmente, a cerimônia que encerrou o evento serviu não apenas para consagrar hierarquias, mas também para reafirmar

de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, 2006, fita 01/lado B. No ano seguinte a este evento, em reunião da AMG, Peixoto da Silveira ainda reclamava a necessidade de pressionar o Congresso Nacional por medidas neste sentido, *Ata da 50ª sessão – 17/06/1952*, Arquivo da Associação Médica de Goiás, Goiânia. Com a eficácia comprovada dessa intervenção nutricional, em 1953 foi promulgada a primeira lei obrigando a iodação do sal para consumo humano. PONTES, 2009; RASSI, Luiz. *Entrevista. Brasil Imenso Hospital: ideias e políticas de saúde na invenção do país*, Rio de Janeiro: Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, 2006, fita 01/lado B. No entanto, teria sido somente no governo JK, em 1956, que a obrigatoriedade da adição do iodo ao sal saiu finalmente do papel. ARAÚJO, 2004, p.133.

16 A última comissão de estudos instituída com este objetivo havia sido organizada em 1946 no governo de Eurico Gaspar Dutra. Durante o segundo governo Vargas, uma comissão com o objetivo de definir o melhor sítio para localização da capital federal seria criada e suas conclusões embasariam a escolha da região onde hoje está situada Brasília. VIEIRA, 2007, 2009.

os laços de pertencimento dos médicos do interior à comunidade médica da qual faziam parte os personagens ali homenageados. Além de reforçar tal sentimento, o evento se configurou como excelente oportunidade para tratar temas candentes da saúde pública regional e mostrar sua relevância às autoridades e a ilustres nomes da medicina brasileira. Como nas edições anteriores, os médicos do interior aproveitaram a ocasião para fortalecer o intercâmbio com seus pares e externar suas demandas relacionadas a problemas específicos da região, diante dos quais se colocavam como profundos conhecedores.

Minas Gerais sediou as três edições seguintes destes congressos, em 1953, 1955 e 1956. Contando com a presença de personalidades de destaque da medicina brasileira e numeroso contingente de congressistas, temas caros ao Brasil Central foram novamente contemplados, entre eles o megaeosôfago, a doença de Chagas e a hanseníase.¹⁷ Alguns trabalhos apresentados no congresso de 1955 saíram publicados como artigos originais na Revista Goiana de Medicina (RGM) – órgão oficial da sociedade médica de Goiás que começou a circular naquele ano – o que permite conhecer um pouco mais acerca do que foi debatido na ocasião. Entre estes trabalhos destaco um sobre a doença de Chagas na Colônia Agrícola Nacional de Goiás, em Ceres, de autoria de Isaac Barreto Ribeiro, pois permite uma reflexão sobre o significado destes congressos para os médicos do interior.

Originário da Bahia, onde nasceu em 1924, Ribeiro se formou em 1948 pela Faculdade de Medicina de Minas Gerais, em Belo Horizonte. Depois de formado decidiu atuar no interior do Brasil. Passou por algumas cidades goianas até fixar-se em Ceres, colônia agrícola projetada pelo governo Vargas, onde permaneceu clinicando entre 1949 e 1955. Preocupado com a ocorrência da doença de Chagas na colônia, assim se manifestou em sua apresentação:

17 PORTO, Calil; PORTO, Celmo C. História do megaeosôfago nos Congressos Médicos do Brasil Central. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 16, n. 1/2, p.117-136, 1970.

(...) Ao fazermos esta comunicação sobre a doença de Chagas na Colônia Agrícola Nacional de Goiás, assunto para nós de tão grande importância, apresentamos nossas escusas aos colegas e professores presentes a este magno certame – o VII Congresso Médico do Triângulo Mineiro e Brasil Central – pelas faltas na exposição deste tema livre, que representa apenas o esforço de um médico sertanejo que vive em pleno coração do Brasil, numa região afastada dos grandes centros de cultura e que, há 5 anos de sua formatura, tem, pela primeira vez, a oportunidade de assistir a um congresso médico. A vontade de expor a conduta seguida neste drama íntimo desenrolado em nossa alma, diante de tamanha calamidade, essa vontade venceu o complexo de inferioridade do profissional anônimo que labuta no interior da nossa pátria, fazendo-o apresentar esta comunicação, apesar dos modestos recursos, próprios do meio em que vive (...).¹⁸

Reforçando o que venho observando desde o início a respeito do relativo isolamento em que viviam estes médicos, percebe-se com este exemplo que o fato de trabalhar no interior não impediu Ribeiro de estabelecer contato com alguns médicos reconhecidos nacionalmente por se dedicarem ao tema, nem de delinear estratégias para contornar as dificuldades. A gravidade do problema em Ceres motivou Ribeiro a enviar cartas ao diretor do setor Goiás do SNM, com cópias ao diretor deste serviço em âmbito nacional, Manoel José Ferreira, e ao Ministro da Saúde Aramis Athayde, informando sobre a situação e pedindo providências. Segundo o artigo, o diretor do SNM teria atendido ao apelo e autorizado o chefe do setor Goiás deste serviço, Áttila Gomes de Carvalho, a dar combate à doença de Chagas em Ceres.¹⁹ Ao final do trabalho, há um agradecimento especial a José Lima Pedreira de Freitas, na ocasião chefe do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da Faculdade

18 RIBEIRO, Isaac B. Doença de Chagas na Colônia Agrícola Nacional de Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 01, n. 02, p.83-88, p.83, 1955.

19 RIBEIRO, Isaac B. Doença de Chagas na Colônia Agrícola Nacional de Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 01, n. 02, p.83-88, p.88, 1955.

de Medicina de Ribeirão Preto, “por ter atendido ao nosso apelo, vindo até Ceres estudar a doença entre nós, realizando as reações de Machado-Guerreiro e xenodiagnósticos²⁰ e estimulando-nos a continuar nesta luta em Ceres contra tão terrível endemia, que assume hoje proporções de verdadeira calamidade pública”.²¹ Enfim, trata-se de um médico sertanejo, um clínico do interior, atualizado com relação aos avanços em sua área.

Em setembro de 1956 aconteceu em Uberaba a oitava edição do congresso como parte do evento comemorativo do 1º centenário dessa cidade, reunindo mais de duas centenas de médicos. Dos 63 temas livres relacionados, cinco foram apresentados por goianos. Médicos do Rio e São Paulo se revezaram como palestrantes de nove conferências. Entre os quatro temas oficiais, destaco o que versou sobre a doença de Chagas em Goiás, sob a responsabilidade dos médicos de Goiânia. Os trabalhos apresentados são bastante representativos dos esforços empregados por médicos locais na elaboração de estudos originais acerca da doença. O interesse despertado pela enfermidade, que vinha se mostrando de alta gravidade no Brasil Central, os levou a uma investigação clínica importante e que aos poucos chamaria a atenção dos estudiosos no assunto. Carlos Borges, um destes médicos, destacou, por exemplo, o fato de poder contar, pela primeira vez, com dados estatísticos laboratoriais

20 Tratam-se de métodos diferentes de diagnóstico da doença de Chagas em sua fase crônica. Ao contrário da fase aguda, quando a infecção está em seu estágio inicial e há grande quantidade de parasitos na corrente sanguínea, na fase crônica esses níveis ficam abaixo dos detectáveis. Nesse caso, o reconhecimento da doença se baseia em métodos indiretos como a reação de Machado-Guerreiro e o xenodiagnóstico. O primeiro método, elaborado em 1913 por Astrogildo Machado e César Guerreiro, verifica se o organismo está produzindo anticorpos contra o *Trypanosoma cruzi* a partir de uma prova imunológica com soro sanguíneo do doente. Já no segundo, o paciente é intencionalmente picado por barbeiros não contaminados e, algumas semanas depois, o intestino dos insetos é examinado em busca dos parasitos (também pode se fazer a inoculação de sangue do doente em animais de laboratório para verificar se desenvolverão a doença aguda). Este segundo método é mais utilizado para acompanhar a evolução do tratamento dos doentes. Cf. KROPE, 2009; RASSI, Anis. Entrevista. *História da Pesquisa sobre a Doença de Chagas no Brasil*, Rio de Janeiro: Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, 2001, fita 02/lado A.

21 RIBEIRO, Isaac B. Doença de Chagas na Colônia Agrícola Nacional de Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 01, n. 02, p.83-88, p.88, 1955.

obtidos no próprio estado, onde até então não havia recursos materiais e técnicos para tal.²²

Em seu trabalho, Borges relata os resultados obtidos após exame de 174 pacientes visando o diagnóstico da doença de Chagas. Tais pacientes teriam sido encaminhados por cardiologistas e outros especialistas interessados na possível relação entre tripanossomíase e megaesôfago, que vinha chamando a atenção dos médicos do interior desde os primeiros congressos do Brasil Central.²³ O antígeno para a realização do exame laboratorial era preparado por José Pellegrino, médico ligado ao Centro de Estudos e Pesquisas para a Moléstia de Chagas, de Bambuí, e enviado todo mês para Goiânia, o que mostra a cooperação entre cientistas e instituições de diferentes regiões.

Tal cooperação também fica clara a partir do trabalho de Anis Rassi e Omar Carneiro, em que analisam 106 casos da doença de Chagas. Tendo em vista os poucos estudos existentes sobre o tema em Goiás, julgavam relevantes suas observações, ainda mais se tratando de “problema médico-social em nossa região superior a qualquer outro”.²⁴ Ao final do artigo, em mais uma amostra das redes estabelecidas por estes médicos, os autores informam que o diagnóstico laboratorial teria sido obtido com o auxílio dos Departamentos de Parasitologia das Faculdades de Medicina de São Paulo e Ribeirão Preto.²⁵

O trabalho apresentado por Joffre Marcondes de Rezende sintetiza a originalidade das pesquisas realizadas pelos médicos do interior. Nele, Rezende antecipava a conformação de um novo desenho clínico para a enfermidade chagásica, que só seria reconhecido oficialmente anos

22 BORGES, Carlos. Diagnóstico laboratorial da Doença de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 2, n. 4, p.279-286, p.279, 1956.

23 PORTO, Calil; PORTO, Celmo C. História do megaesôfago nos Congressos Médicos do Brasil Central. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 16, n. 1/2, p.117-136, 1970.

24 RASSI, Anis e CARNEIRO, Omar. Estudo clínico, eletrocardiográfico e radiológico da cardiopatia chagásica crônica. Análise de 106 casos. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 2, n. 4, p.287-296, p.287, 1956.

25 RASSI; CARNEIRO, 1956, p.287-296, p.288.

mais tarde como forma digestiva.²⁶ Pedreira de Freitas teceu comentários muito positivos em relação aos estudos efetuados pelos goianos, destacando especialmente o rico intercâmbio que estes congressos promoviam, tanto para os médicos do Brasil Central como para os médicos que atuam nas grandes capitais. Segundo ele:

(...) Com efeito posso lhes afirmar que, com frequência, nós que trabalhamos nas Capitais ou em Institutos Universitários, como uma Faculdade de Medicina, quando temos oportunidade de nos aproximar de colegas do interior num conclave como este, ou em ocasiões, como tenho tido várias vezes, em que se nos oferece a oportunidade de realizar trabalhos com colegas que labutam no interior, podemos sentir como este contato é essencial para que possamos realizar um ensino da medicina como ele deve ser feito (...). Os trabalhos que aqui foram apresentados a respeito da doença de Chagas em Goiás focalizam aspectos da epidemiologia, profilaxia, do diagnóstico laboratorial e das formas clínicas desta moléstia com uma propriedade que eu não precisaria ressaltar.²⁷

A fala de Pedreira de Freitas se coaduna com alguns dos aspectos que venho sublinhando a respeito destes congressos médicos realizados no interior do país, deixando evidente a importância de uma rede de informações que vinha sendo nutrida a partir de dados sistematizados pelos clínicos goianos. Neste circuito, cabia aos médicos do interior,

26 Considerado “emblema da contribuição científica dos chamados médicos do interior para os conhecimentos sobre a doença de Chagas” (KROPF; RASSI, 2009, p. 470.), o trabalho *Megaesôfago por doença de Chagas* (REZENDE, Joffre M. de. Megaesôfago por Doença de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 2, n. 4, p.279-314, 1956), apresentado por Rezende no congresso em questão, está entre os clássicos sobre o tema, figurando como tal no livro lançado pela Fundação Oswaldo Cruz em 2009 em comemoração ao centenário da descoberta da doença. CARVALHEIRO, 2009. Para maiores informações acerca do caminho percorrido por Rezende e seus colegas do interior em busca do convencimento de seus pares sobre a etiologia chagásica do megaesôfago ver VIEIRA, 2012.

27 FREITAS, José Lima P. Comentário aos trabalhos apresentados ao 8º Congresso Médico do Triângulo Mineiro e do Brasil Central sobre o tema: Estado atual da Doença de Chagas em Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 2, n. 4, p.315-320, p.315-316, 1956.

privilegiados pela oportunidade de conhecer *in loco* os principais problemas de saúde que acometiam os brasileiros residentes no Brasil Central, fomentar com suas pesquisas fundamentalmente clínicas a rede na qual estavam inseridos também médicos atuantes nos grandes centros. Como exemplo da importância desta troca intelectual, bem como da maior visibilidade proporcionada aos médicos do interior por estes eventos regionais, destaco novamente a participação de Ribeiro, médico de Ceres, nestes congressos.

Apresentando novamente trabalho sobre a doença de Chagas em Ceres, o autor se mostra bem informado sobre a ação do DNERu que, segundo ele, continuava realizando no estado o levantamento dos índices de infecção natural e da distribuição geográfica dos triatomíneos domiciliares.²⁸ Além disso, nota-se seu conhecimento a respeito das medidas possíveis em uma campanha contra o transmissor da doença: uso de inseticidas ou melhoria das condições habitacionais da população rural. Ao analisar os casos agudos de doença de Chagas por ele verificados, conclama seus “colegas do interior” para que divulgassem os casos da doença tomando como ponto de partida para suspeita clínica o sinal de Romaña.²⁹ Suas observações são documentadas por fotos dos pacientes, tabelas e quadros mostrando as doses dos medicamentos administrados, xenodiagnósticos e exames de controle realizados. Ao final, um agradecimento especial a Pedreira de Freitas pela orientação evidencia a circulação de informações que contribui para o fortalecimento dessa rede, mantida por médicos atuantes em diferentes regiões do país.³⁰

O IX Congresso Médico do Brasil Central volta a Goiânia em 1958 contando com mais de 400 participantes, sob os auspícios da AMG e com a colaboração de várias sociedades médicas mineiras. Entre as

28 RIBEIRO, Isaac B. Forma Aguda da Doença de Chagas em Ceres – resultados de diversos tratamentos empregados. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 1, n. 2, p.03-20, p.03, 1957.

29 Trata-se de um sinal clínico importante da doença de Chagas, indicador da porta de entrada ocular da infecção, descrito em 1935 pelo médico argentino Cecilio Romaña. DIAS, 1997.

30 RIBEIRO, Isaac B. Forma Aguda da Doença de Chagas em Ceres – resultados de diversos tratamentos empregados. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 1, n. 2, p.03-20, p.19, 1957.

personalidades que prestigiaram o certame estavam o então ministro Mário Pinotti, o diretor do DNERu Áttila Gomes de Carvalho, o vice-presidente da AMB J. Bolivar Drumond e o presidente da Associação Médica de Mato Grosso José Faria Vinagre. O apoio prestado ao evento por parte de laboratórios farmacêuticos, firmas de material médico-hospitalar e casas comerciais merece destaque.

Na programação do congresso consta a apresentação de 116 temas livres – 25 de autoria de goianos. Entre os temas oficiais estava o pênfigo foliáceo, a cargo da AMG. O diretor do Hospital do Pênfigo de Goiânia Anuar Auad foi o relator deste tema e João Paulo Botelho Vieira, do Instituto Ademar de Barros, o comentarista. Das quatro mesas redondas, uma também versou sobre pênfigo foliáceo e outra sobre a doença de Chagas. Desta última participaram nomes como Carlos Chagas Filho (professor titular da cadeira de biofísica da Faculdade Nacional de Medicina), Samuel Pessoa, Emmanuel Dias, Pedreira de Freitas, Fritz Koeberle (chefe do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto), Zilton Andrade (Patologista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia), Omar Carneiro e Joffre Rezende (ambos de Goiânia).

Vários trabalhos oriundos deste evento foram publicados na revista goiana, no entanto, destacarei apenas aqueles referentes às enfermidades que originaram algumas das moções aprovadas ao final do congresso, tendo em vista seu significado para o interior do Brasil. Todas elas foram entregues pelo Secretário de Saúde do Estado de Goiás Irany Alves Ferreira ao Ministro da Saúde em jantar oferecido pela AMG. Uma delas dizia respeito à moléstia de Chagas e nela pedia-se a realização de inquéritos sorológicos extensos em Goiás e Triângulo Mineiro para se avaliar a verdadeira extensão da endemia e, ao mesmo tempo, a intensificação do combate aos triatomíneos. Embora reconhecessem a atuação do DNERu, reclamavam a necessidade de um combate mais efetivo.³¹

Em seu discurso, Ferreira comenta o fato de Goiás atravessar fase de grande desenvolvimento, tendo se tornado a “Meca” para onde se

31 NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 4, n. 3, p.263-295, p.285-286, 1958.

dirigiam grandes massas populacionais em busca de melhores condições de vida. Com isso seus problemas de saúde se agravariam, dado que a grande maioria desses migrantes teria poucos recursos, seria mal nutrida e sem hábitos higiênicos – campo propício para a propagação de doenças. Brasília seria realidade e caberia às autoridades sanitárias o dever imperativo de prevenir, preparar e criar condições que imunizassem o Estado contra as graves endemias, em especial a enfermidade chagásica.

Com relação ao pêfnigo foliáceo, objeto de outra moção encaminhada ao DNERu, foi pedida a sua inclusão no programa de trabalho deste departamento com o objetivo de melhorar a assistência aos penfigosos de todo o país e, ao mesmo tempo, incrementar os estudos referentes à etiologia e à terapêutica dessa enfermidade.³² Desde o início da década de 50 o pêfnigo vinha se configurando como doença que demandava maior atenção do Estado. Em 1952 havia sido construído o Hospital do Pêfnigo de Goiânia, em instalações improvisadas, de modo a aliviar o Hospital Ademar de Barros, em São Paulo, que já não comportava mais o número cada vez maior de enfermos. Segundo dados fornecidos por Anuar Auad e Geraldo Brasil, respectivamente diretor e ex-diretor do Hospital do Pêfnigo, o que chamava a atenção era a grande dispersão da doença: os 239 pacientes que já haviam passado pelo hospital desde o início de seu funcionamento eram provenientes de 60 municípios diferentes.³³ Goiás estaria entre os estados de maior incidência da doença, e o fato de muitos pacientes buscarem tratamento em São Paulo reduzia os percentuais apresentados, camuflando o problema.³⁴

32 NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 4, n. 3, p.263-295, p.285-286, 1958.

33 AUAD, Anuar; BRASIL, Geraldo. Incidência do pêfnigo foliáceo no Estado de Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 3, n. 4, p.251-256, 1957.

34 Na época aqui considerada, ainda pairavam muitas dúvidas tanto sobre o agente etiológico da doença quanto sobre a terapêutica mais adequada. Até hoje não se conhece a causa exata desta dermatose, que acomete principalmente adultos jovens e crianças que vivem em áreas rurais. Caracteriza-se pelo aparecimento de bolhas superficiais, que confluem e rompem-se facilmente, deixando a pele em carne viva e formando regiões avermelhadas recobertas por escamas e crostas. As bolhas começam pela cabeça, pescoço e parte superior do tronco e depois se espalham por todo corpo, mas não ocorrem nas mucosas. As lesões são dolorosas, com sensação de ardência e queimação, o que originou o nome Fogo Selvagem. Disponível

O X Congresso Médico do Brasil Central realizou-se em Araxá em setembro de 1959 e é o último congresso dentro do recorte aqui proposto. Dele participaram os secretários de saúde de Minas Gerais e Goiás, o presidente e o secretário da AMB, o presidente e representantes da AMG, representantes do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais e da Associação Paulista de Medicina. Tendo em vista a comemoração do cinquentenário da descoberta da doença de Chagas, Mário Pinotti – ainda Ministro da Saúde – foi convidado para proferir a conferência inaugural, que versou sobre a “Personalidade de Carlos Chagas”. No programa científico do evento constaram temas livres, oficiais e de colaboração, mesas redondas, simpósios, sessões de filmes, cursos de atualização e uma sessão especial comemorativa do aniversário da descoberta da tripanossomíase, da qual participaram os goianos Anis Rassi, Carlos Borges, Joffre Rezende e o diretor do DNERu.³⁵

Em correspondência trocada com o presidente deste congresso, Rezende, editor da RGM, tomou conhecimento de que o periódico havia sido escolhido como “órgão oficial” do evento, distinção pela qual os goianos sentiram-se muito honrados.³⁶ Tal decisão é bastante representativa da importância que a revista passou a assumir na divulgação destes congressos, dando-lhes maior projeção. Tendo em vista que suas primeiras edições aconteceram no Triângulo Mineiro, cabe chamar a atenção para a referida escolha, que privilegiou uma revista goiana em detrimento de suas congêneres mineiras.

Em suma, os Congressos Médicos do Brasil Central deram maior visibilidade aos problemas de saúde do interior e aos médicos ali atuantes, especialmente os goianos. Nestes eventos, várias enfermidades mereceram atenção, mas nota-se maior ênfase nas patologias que mais assolavam os habitantes daquelas zonas, como por exemplo, o megaesôfago e a doença

em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/informacao.aspx?id=352&ref=7&refV=35>; Acesso em: 20 jan. 2014.

35 NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 5, n. 3, p.263-274, 1959.

36 Carta Expedida pela Revista Goiana de Medicina para Mario de Castro Magalhães e Armando Zema em 15/06/1959. Arquivo da Associação Médica de Goiás, Goiânia.

de Chagas. O contato diário com pacientes intensamente acometidos por estes males despertou o interesse destes médicos e motivou a realização de pesquisas clínicas mais aprofundadas, transformando-os em especialistas. Os congressos aqui analisados funcionaram assim como um espaço de inserção, expressão e divulgação para estes profissionais. Através deles, puderam chamar a atenção para as atividades que levavam a cabo no Brasil Central e que interessavam a um público maior na medida em os sertões do país estavam em evidência, seja por conta da construção de Brasília, seja por conta das endemias rurais – percebidas naquele contexto como óbices ao desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Simbolizando um “arrepio nos aldeamentos clássicos da medicina brasileira”,³⁷ os congressos médicos do Brasil Central tiveram início no final dos anos 40. Atraindo médicos de todo o país, inclusive ilustres figuras do cenário nacional, tornaram-se espaço privilegiado de intercâmbio, especialmente para aqueles que atuavam no interior. Ao longo de suas edições, foram adquirindo um status mais nacional do que regional, menos em função da origem dos médicos que reunia, mas principalmente por abordarem doenças que interessavam a todo o país. Assim, embora tivessem uma geografia própria, específica, as doenças que grassavam no interior do Brasil, em especial o megaesôfago, a doença de Chagas e o pênfigo foliáceo, sobre as quais recaía o foco destes certames, eram de interesse nacional. Ao se aprofundarem no estudo delas e cobrarem soluções perante uma plateia repleta de autoridades em saúde pública, estes médicos se destacaram.

O sucesso destes congressos, que a cada edição contava com mais inscritos, trabalhos apresentados e convidados de honra, se deve também, como procurei reforçar, a um período de grandes expectativas

37 PORTO, Calil; PORTO, Celmo C. História do megaesôfago nos Congressos Médicos do Brasil Central, História do megaesôfago nos Congressos Médicos do Brasil Central. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 16, n. 1/2, p.117-136, p.118, 1970.

depositadas no trabalhador rural. A atenção dispensada pelo Estado aos habitantes do interior ao longo do recorte temporal aqui considerado, se inicialmente era estimulada pela tentativa de conter o êxodo rural, aos poucos se transformou em uma preocupação com sua saúde. Tal preocupação, no entanto, era motivada por uma relação que vinha fazendo sentido a nível internacional, qual seja, a de que o investimento em saúde estaria diretamente ligado ao desenvolvimento. Neste contexto, as endemias rurais ganharam destaque e passaram a ser vistas como obstáculos ao progresso do país, portanto, precisavam ser debeladas. Neste sentido, ao abordarem prioritariamente os males do sertão do Brasil, os congressos ganharam notoriedade, atraindo também representantes do governo federal interessados no diagnóstico feito pelos médicos do interior sobre as condições sanitárias do Brasil Central.

A análise mais detida destes conclaves médicos regionais, bem pouco conhecidos no âmbito acadêmico, evidenciou o marco inicial da conformação de uma comunidade médica regional. Dando maior visibilidade ao trabalho realizado localmente, esses congressos funcionaram como um canal importante de expressão para os profissionais do interior do Brasil, repercutindo no estreitamento de laços com colegas de outras regiões e na conformação de uma rede estável, que se fortalecia a cada edição destes conclaves. Combinada com outros mecanismos e estratégias, estes congressos deram projeção aos goianos além dos limites do Brasil Central, contribuindo fundamentalmente para a concretização de seu objetivo máximo, símbolo da consolidação do processo de institucionalização da medicina goiana: a fundação da Faculdade de Medicina de Goiás em 1960.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho é fruto da tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, defendida em 21 de dezembro de 2012 e intitulada “Médicos do sertão”: pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da medicina em Goiás (1947-1960). Agradeço à professora Nísia Trindade Lima pela leitura atenta de uma primeira versão deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, Fernando. Bócio endêmico, Baeta Vianna e Juscelino Kubitschek. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, vol. 14, n. 2, p.131-133, 2004.
- BRITO, Fausto. O deslocamento da população brasileira para as metrópoles. *Estudos Avançados*, vol. 20, n. 57, p.221-236, 2006.
- CARVALHEIRO, José da Rocha et al. *Clássicos em Doença de Chagas: histórias e perspectivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. Estado e Saúde Pública no Brasil (1889-1930). *Dados*, vol. 23, n. 2, p.237-250, 1980.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. O pensamento sanitariano na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados*, vol. 28, n. 2, p.193-210, 1985.
- CHAUL, Nasr Fayad. *Caminhos de Goiás: da construção da decadência aos limites da modernidade*. Goiânia: Editora da UFG, 2010.
- DANTAS, Sandra Mara. *A fabricação do urbano: civilidade, modernidade e progresso em Uberabinha/MG (1888-1929)*. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho. Franca, 2009.
- DIAS, João Carlos Pinto. Cecilio Romaña, o sinal de Romaña e a doença de Chagas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, vol. 30, n. 5, p.407-413, 1997.
- FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de. *Goiás: história e cultura*. Rio de Janeiro: Descubra, 2008.
- FONSECA, Cristina Maria. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde (1953-1990). In: BENCHIMOL, Jaime Larry. *Febre Amarela: a doença e a vacina – uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos/Fiocruz, 2001. p.299-433.
- FONSECA, Cristina Maria; HAMILTON, Wanda. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, vol. 10, n. 3, p.791-825, 2003.
- GARCIA, Ledonias Franco. *Goyaz: uma província do sertão*. Goiânia: Cânone Editorial/ Editora PUC-Goiás, 2010.

- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, Anpocs, 1998.
- HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, Helena (org.). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. p.127-151.
- HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 16, suplemento 01, p.313-331, 2009.
- HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina Maria. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-1945. In: PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p.73-94.
- KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- KROPF, Simone Petraglia; RASSI, Anis. A pesquisa clínica no interior do Brasil: a etiologia chagásica do megaesôfago. In: CAVALHEIRO, José da Rocha (org.) et al. *Clássicos em Doença de Chagas: histórias e perspectivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.469-474.
- LABRA, Maria Eliana. 1955-1964: o sanitarismo desenvolvimentista. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury et al. (coords.) *Antecedentes da reforma sanitária: textos de apoio*. Rio de Janeiro: PEC/ Ensp, 1988. p.9-36.
- LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Iuperj/ Ucam, 1999.
- LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitaria da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ CCBB, 1996. p.23-40.
- LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência, Saúde Coletiva*, vol. 5, n. 2, p.313-332, 2000.
- LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina Maria. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia;

- EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (orgs.) *Saúde e Democracia – história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.27-58.
- LOMNITZ, Larissa. El congreso científico: una perspectiva antropológica. *Vuelta*, vol. 5, n. 59, p.45-48, 1981.
- LOURENÇO, Luis Augusto Bustamante. *Das fronteiras do Império ao Coração da República: o território do Triângulo Mineiro na transição para a formação sócio-espacial capitalista na segunda metade do século XIX*. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Geografia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.
- MENDONÇA, Sônia Regina de. *Estado e Economia no Brasil: opções de desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- MOREIRA, Vânia Maria. Os anos JK: industrialização e modelo oligárquico de desenvolvimento rural. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (orgs.). *O Brasil Republicano: o tempo da experiência democrática – da democratização de 1945 ao golpe civil-militar de 1964*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p.155-194.
- PONTES, Alana Abrantes Nogueira et al. Iodação do sal no Brasil, um assunto controverso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, vol. 53, n. 1, p.113-114, 2009.
- SCHALLENBERGER, Erneldo; SCHNEIDER, Iara Elisa. Fronteiras agrícolas e desenvolvimento territorial – ações de governo e dinâmica do capital. *Sociologias*, ano 12, n. 25, p.2012-222, 2010.
- SENA, Custódia Selma. *Interpretações Dualistas do Brasil*. Goiânia: Editora UFG, 2003.
- SILVA, Renato da. *Malária e desenvolvimento: a saúde pública no governo JK (1956-1961)*. Tese (Doutorado em História das Ciências) – Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.
- TEIXEIRA, Edelweiss. *O Triângulo Mineiro nos Oitocentos, século XVIII e XIX*. Uberaba: Intergraf, 2001.
- VIEIRA, Tamara Rangel. “Médicos do sertão”: pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da medicina em Goiás (1947-1960). Tese (Doutorado em História das Ciências) – Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2012.

VIEIRA, Tamara Rangel. No coração do Brasil, uma capital saudável – a participação dos médicos e sanitaristas na construção de Brasília (1956-1960). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol.16, suplemento 01, p.289-312, 2009.

VIEIRA, Tamara Rangel. *Uma clareira no sertão? Saúde, nação e região na construção de Brasília (1956-1960)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências) – Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2007.

VIEIRA, Tamara Rangel; LIMA, Nísia Trindade. A capital federal nos altiplanos de Goiás – medicina, geografia e política nas comissões de estudos e localização das décadas de 1940 e 1950. *Estudos Históricos*, vol. 24, n. 47, p.29-48, 2011.