

Fundação Oswaldo Cruz – Casa de Oswaldo Cruz  
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

**Tamara Rangel Vieira**

**“Médicos do sertão”**

**Pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da  
medicina em Goiás (1947 - 1960)**

Rio de Janeiro

2012

**Tamara Rangel Vieira**

**“Médicos do sertão”**

**Pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da  
medicina em Goiás (1947 - 1960)**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de  
Pós-graduação em História das Ciências  
e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz,  
como requisito parcial para a  
obtenção do Grau de Doutor.

Área de Concentração: História das Ciências Biomédicas

Orientadora: Profa. Dra. Nísia Trindade Lima

Rio de Janeiro

2012

V658m Vieira, Tamara Rangel.

Médicos do sertão: pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da medicina em Goiás (1947-1960) / Tamara Rangel Vieira. – Rio de Janeiro: s.n., 2012.

345 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.

1.História da medicina. 2.Médicos. 3.Medicina.  
4.Institucionalização. 5. Brasil.

CDD 610.9

Tamara Rangel Vieira

**“Médicos do sertão”**

**Pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da medicina em  
Goiás (1947 - 1960)**

Aprovado em 21/12/2012.

Banca Examinadora

---

Profa. Dra. Nísia V. Trindade Lima (Orientadora) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz

---

Profa. Dra. Simone Petraglia Kropf – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz

---

Prof. Dr. Robert Wegner – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz

---

Profa. Dra. Ângela M. de Castro Gomes – CPDOC/ Fundação Getúlio Vargas (FGV)

---

Prof. Dr. André Pereira Botelho – Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais/ UFRJ

---

Prof. Dr. Gilberto Hochman – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz (Suplente)

---

Prof. Dr. Julio Schweickardt – Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane/ Fiocruz (Suplente)

*Para meu querido avô Walter, que sempre esteve ao  
meu lado, mesmo depois de partir...*

## Sumário

<b>Agradecimentos</b> .....	07
<b>Resumo</b> .....	12
<b>Abstract</b> .....	13
<b>Introdução</b> .....	15
<b>Capítulo 1 – Goiás em perspectiva histórica: nação, região e ciência</b> ..	27
1.1 O ‘sertão de outrora’ e outros sertões .....	32
1.2 A historiografia goiana e a goianidade .....	37
1.3 No coração do Brasil, mas na periferia da ciência? .....	53
1.4 “Cidade acaba com sertão. Acaba?” Os sentidos da fundação de Goiânia e a infraestrutura sanitária da nova cidade .....	67
<b>Capítulo 2 – Origens da institucionalização da medicina em Goiás: congressos regionais e uma sociedade médica</b> .....	96
2.1 Dos “sertões da farinha podre” para todo o Brasil: os Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central .....	100
2.2 Associação Médica de Goiás: “elevando o padrão” da medicina goiana e agregando os médicos atuantes no Estado .....	141
2.2.1 <i>A congregação dos médicos sob a égide da bandeira da AMG</i> .....	149
2.2.2 <i>Conhecimentos que circulam: as estratégias para “elevar o padrão” da medicina praticada em Goiás</i> .....	165
2.2.3 <i>A AMG e a saúde pública em Goiás</i> .....	169
<b>Capítulo 3 – Revista Goiana de Medicina: uma publicação científica para os médicos do Brasil Central</b> .....	175
3.1 Da capa à contracapa: estrutura da revista, circulação e principais temas .....	180
3.2 Trajetórias intercruzadas: o editor e seu periódico .....	229
3.2.1 <i>Os clínicos do interior e uma nova etiologia para o ‘mal de engasgo’</i> .....	233
<b>Capítulo 4 – A Faculdade de Medicina de Goiás: o interior e as patologias regionais em foco</b> .....	258
4.1 Antecedentes da Faculdade de Medicina de Goiás e a trajetória de seu artífice .....	262
4.2 “A casa de Francisco”: primeiros anos e perspectivas futuras .....	277
<b>Considerações finais</b> .....	292
<b>Fontes e bibliografia</b> .....	297
<b>Anexo</b> .....	324

## Agradecimentos

Em pouco mais de quatro anos de intenso trabalho, foram muitas as pessoas que passaram pela minha vida, seja no âmbito acadêmico ou pessoal, e que de alguma forma contribuíram para que todo este processo fluísse de maneira mais natural, agradável e proveitosa. Delas não posso deixar de lembrar neste momento.

Em primeiro lugar, agradeço à professora Nísia Trindade Lima por ter aceitado a tarefa de continuar como minha orientadora logo após o término do mestrado. Nosso convívio ao longo destes anos só me fez crescer e amadurecer intelectualmente, principalmente pela confiança em mim depositada. Obrigada pela paciência na fase final do doutorado, pela compreensão nos momentos mais difíceis, pela atenção e honestidade intelectual: valores que levarei comigo para sempre!

À Simone Kropf, que compõe a ilustre banca desta defesa, a quem devo o interesse pelos médicos goianos. Desde o mestrado esteve sempre disponível para a troca de ideias, e pronta a contribuir com indicações preciosas de fontes e bibliografia. Como membro da banca de qualificação, teceu importantes comentários, alguns deles incorporados nesta versão final. Assim como nos agradecimentos da minha dissertação, volto a mencionar sua profunda generosidade intelectual e o respeito que sempre demonstrou pelo meu trabalho, mesmo quando ele ainda não passava de uma ideia vaga e imprecisa. Jamais esquecerei a viagem que realizamos juntas, e que me deixou ainda mais interessada pelas coisas deste “sertão de outrora”.

À professora Ângela M. de Castro Gomes, que também participou da minha qualificação e que, para minha honra, aceitou o convite para estar na minha banca. Obrigada pela leitura atenta do trabalho quando ele ainda estava em sua fase embrionária e, agora, em sua fase mais acabada. Não esquecerei seu entusiasmo e carinhosas palavras após apresentação dos primeiros resultados desta tese no seminário sobre o pensamento social brasileiro que aconteceu na UFRJ em agosto

deste ano: tenha certeza de que elas me deram o estímulo necessário para seguir no intenso processo de escrita.

Ao professor Robert Wegner, cujas aulas sempre foram muito inspiradoras e cujo interesse pela minha pesquisa, demonstrado em várias ocasiões, me incentivou a aprofundar questões delicadas que eu talvez não tivesse tido a devida coragem de abordar. Obrigada por contribuir positivamente para a consolidação deste trabalho acadêmico.

Agradeço também ao professor André Pereira Botelho. Apesar das poucas oportunidades de troca intelectual, tais momentos não passaram sem suas instigantes observações, como durante o seminário na UFRJ em meados deste ano.

Agradeço também ao querido Julio Schweickardt, colega de curso no passado e hoje membro suplente desta banca, cujo trabalho versando sobre o saneamento do Amazonas muito me auxiliou na construção desta tese, especialmente no que se refere às relações entre região e nação.

Em especial ao professor Gilberto Hochman, que também faz parte desta banca como suplente. Além da disponibilidade de sempre, me ajudou na escolha do pesquisador que me orientaria em Madri ao longo do período de intercâmbio proporcionado pelo programa de estágio no exterior da Capes. Sua sugestão para que eu participasse do congresso de história de medicina realizado naquele país foi muito importante pela experiência de apresentar pela primeira vez em um congresso internacional e pelos contatos que ele proporcionou. Muito obrigada pelo incentivo!

A todos os professores com os quais tive o privilégio de estar durante o curso de doutorado e ao longo da minha jornada acadêmica nesta instituição. Dentro ou fora da sala de aula, se mostraram sempre interessados no andamento da pesquisa e dispostos a ajudar. Agradeço pela oportunidade de me aprofundar em temas caros à História das Ciências e da Saúde, pelo contato com leituras que acabei incorporando ao trabalho, pelas brilhantes palestras, pelo incentivo e respeito acima de tudo.



À Dominichi Miranda de Sá, pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz e mãe do pequeno Martim, com quem construí laços de amizade desde meus tempos de bolsista de iniciação científica. Obrigada pela atenção de sempre, pelo carinho, apoio e confiança no meu trabalho como historiadora. Apesar da correria do dia-a-dia, sei que posso sempre contar com você!

Ao professor Ricardo González Leandri, que aceitou me orientar durante os quatro meses em que estive em Madri completando o período da bolsa sanduíche em 2011. Agradeço pela disponibilidade, pela simpatia e pela oportunidade do contato com um novo ambiente institucional, novas bibliografias, e com uma cultura diferente. A experiência de falar para um público estrangeiro interessado, fruto de seu convite, foi uma das mais importantes durante meu período de estágio na Espanha. Os quatro meses que passei estudando e pesquisando nos arquivos e bibliotecas locais foram de grande aprendizado e crescimento profissional e pessoal.

Agradeço também pela simpatia com que fui recebida por todos os alunos vinculados ao Centro de Ciencias Humanas y Sociales, sempre dispostos a facilitar minha estadia na cidade. Não posso deixar de agradecer especialmente a Asunción Merino, dona do apartamento em que morei, que foi muitas vezes uma amiga. Pessoa acessível, boníssima e sempre disposta a ajudar. Em nossos rápidos encontros sempre sugeria desafios profissionais e incentivava a aproveitar ao máximo a oportunidade de morar fora do Brasil. Nas horas difíceis, soube confortar e apoiar. Conhecê-la amenizou toda e qualquer dificuldade de adaptação, além de diminuir as saudades da família. ¡Muchísimas gracias por todo!

À Maria Rachel Fróes da Fonseca que, como coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Casa de Oswaldo Cruz na época, se mostrou interessada no andamento do processo de pedido da bolsa sanduíche à Capes, bem como sempre esteve disponível para sanar quaisquer dúvidas a respeito. À Magali Romero Sá, coordenadora do programa atualmente, pela delicadeza de sempre e atenção ao longo destes últimos anos. Do mesmo modo, aproveito para agradecer à querida Maria Cláudia que com muita tranquilidade e simpatia facilitou a resolução de todas as questões burocráticas deste processo no papel de secretária da pós-

graduação. Ao Paulo e à Valéria, também funcionários desta secretaria acadêmica, pela atenção e a disponibilidade de sempre.

Agradeço também, e de forma mais do que especial, a Joffre Marcondes de Rezende, um dos personagens de destaque deste trabalho. Admiro profundamente sua trajetória, tanto que às vezes ficava difícil analisar sua biografia de forma isenta – postura que deve ser a de todo historiador. Apesar da idade já avançada, sempre se colocou à disposição para auxiliar em tudo. Minhas visitas a Goiânia para pesquisa no acervo da associação médica só foram viáveis devido à sua intercessão, assim como o contato com outros médicos goianos. Gentilmente oferecia caronas que facilitavam e muito meu deslocamento na cidade. Obrigada por me auxiliar na tarefa de estabelecer os contatos de que precisava, pelas indicações de leituras, pelos livros, pelo acesso à correspondência pessoal, enfim, por sempre estar pronto a ajudar em tudo quanto fosse possível. Companhia sempre agradável, e figura amável que tive o prazer de conhecer em Goiânia.

Não poderia deixar de agradecer também aos demais médicos goianos que me receberam em diferentes ocasiões, em especial a Luiz Rassi e Francisco Ludovico de Almeida Neto. Por meio de seus depoimentos, pude conhecer um pouco mais a história de vida de cada um e estabelecer um mapa mais completo sobre suas biografias, que muito admiro e respeito. Agradeço também a Px Silveira, que me enviou livros importantes organizados e escritos por seu pai, José Peixoto da Silveira, personagem também importante neste trabalho.

A todos os profissionais – bibliotecários e arquivistas – que me receberam nas instituições de pesquisa no Rio de Janeiro, Goiânia e Madri. Em especial, às secretárias Edna e Márcia da Associação Médica de Goiás, que fizeram o possível para tornar minha pesquisa nesta associação mais confortável e tranquila. À D. Carmem *in memoriam*, que também muito agradável, me auxiliou enquanto eu pesquisava no Arquivo Histórico do Estado, em Goiânia, e dividiu comigo algumas das muitas dificuldades enfrentadas por aquela instituição.

Aos meus queridos colegas de curso, que compartilharam comigo as agruras e desafios dessa fase acadêmica, e aos amigos pessoais, em especial Fernanda,

Carolina, Elizabeth, Alice e Daniel, sempre compreensivos, solidários e incentivadores. Suas palavras de apoio sempre me davam o ânimo necessário para continuar um trabalho que parecia não ter mais fim! Muitas vezes aluguei seus ouvidos e vocês me escutaram sem reclamar. Ao casal Alice e Daniel, jamais esquecerei o carinho com que me receberam no aeroporto quando retornei ao Brasil após quatro meses em Madri, e do fôlego para comemorar minha chegada! Isso sim é amizade verdadeira.

Aos meus queridos avós, Maria Iracema e Walter *in memoriam*, referências primordiais na minha formação para a vida. Em especial a meu avô, que após superar tantas provações, subitamente nos deixou sem chance de despedida. Talvez por isso eu ainda sinta sua presença tão fortemente que, às vezes, é difícil acreditar que ele não está mais por aqui. Meu avô foi exemplo de bondade, carinho, fé e coragem. E eu lamento muito que ele não esteja aqui para ver, pessoalmente, mais um desafio vencido por sua neta. Foi dele que recebi meu primeiro livro de História, quando ingressei na faculdade. A ele dedico integralmente este trabalho e todo meu amor.

Aos meus pais Márcia e Sérgio, e irmãs Yasmine e Yárina, pessoas muito especiais em minha vida, sem as quais teria sido bem mais difícil chegar até aqui. Amo vocês, e a cada dia nossos laços de afeto se fortalecem mais. Como é bom tê-los ao meu lado! Sua presença me motiva a almejar cada vez mais conquistas. Minha família, meu porto seguro: muito obrigada!

Ao amor da minha vida, Bruno, por simplesmente e absolutamente tudo: estar ao meu lado incondicionalmente, me apoiar e incentivar em todos os momentos, em especial nos últimos meses, quando achei que não iria conseguir. Seu carinho, atenção, cumplicidade, respeito, confiança e paciência foram fundamentais para que eu pudesse prosseguir com mais tranquilidade nesta longa jornada que se encerra agora. Um futuro lindo está à nossa espera!

Finalmente, agradeço a CAPES, agência financiadora desta pesquisa e que viabilizou sua elaboração.

## Resumo

Na tese, analiso o processo de institucionalização da medicina goiana tomando por base as instituições criadas pelos médicos atuantes em Goiás ou nas quais se envolveram de forma efetiva. Neste sentido, meu recorte temporal vai de 1947 até 1960, abrangendo a realização dos Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central, a fundação da Associação Médica de Goiás, a criação da Revista Goiana de Medicina e a inauguração da Faculdade de Medicina de Goiás. A partir destes eventos e instituições, identifico os múltiplos círculos – profissionais e pessoais – nos quais os médicos goianos estiveram imbricados e os mecanismos e estratégias de que se valeram para consolidar um campo de pesquisas centrado nas patologias regionais. Tendo em vista que a região se apresentava como um campo privilegiado de estudos das ‘endemias rurais’ – consideradas grandes entraves ao desenvolvimento do Brasil em meados do século XX – a especialização destes médicos nestas enfermidades, em especial na doença de Chagas, interferiu positivamente sobre o processo de institucionalização analisado, fortalecendo-o. Através das redes que conseguiram construir com colegas atuantes em regiões de maior prestígio, fomentadas pela originalidade das investigações clínicas que desenvolviam localmente, os goianos ganharam notoriedade em âmbitos nacional e internacional e consolidaram-se como grupo importante. Enfatizando a trajetória bem-sucedida desses médicos, este trabalho se situa na interseção entre os estudos de História da Ciência e da Medicina e os estudos de História Regional contribuindo para a redefinição das relações centro-periferia e nação-região a partir de uma análise que prioriza a ideia da ‘circulação’.

## Abstract

In this thesis, I analyze the medicine institutionalization process in Goiás State based on the study of the institutions created by local physicians or in other institutions in which they effectively took part. In this sense, my time frame is from 1947 to 1960, which includes the achievement of regional congresses, the foundation of the Medical Association of Goiás, the creation of the medical journal *Revista Goiana de Medicina* and the opening of the Medicine College of Goiás. From these events and institutions, I identified the multiple environments, either professional or personal, in which these physicians were involved, and the mechanisms and strategies that they used to consolidate a field of research focused on regional pathologies. Given the fact that this region was presented as a privileged area of study of 'rural endemics' - considered major obstacles to the Brazil development in the mid-twentieth century - the expertise of these doctors in these illnesses, particularly in the Chagas disease, has positively influenced on this institutionalization process, strengthening it. From the networks built with colleagues working in areas of great prestige in the country, stimulated by original clinical research that they had developed locally, they have gained national and international notoriety and consolidated themselves as a relevant medical group. Emphasizing the successful trajectory of Goiás' physicians, this work lies in the intersection between the History of Science and Medicine studies and Regional History studies, contributing to redefine the center-periphery and nation-region relations from an analysis that prioritizes the idea of 'circulation'.

*“Assim, é como conto. Antes conto as coisas que formaram passado para mim com mais pertença. Vou lhe falar. Lhe falo do sertão. Do que não sei. Um grande sertão! Não sei. Ninguém ainda não sabe. Só umas raríssimas pessoas – e só essas poucas veredas, veredazinhas. O que muito lhe agradeço é a sua fineza de atenção”*

Guimarães Rosa

## Introdução

“Sertão é isto: o senhor empurra para trás, mas de repente ele volta a rodear o senhor dos lados. Sertão é quando menos se espera.”

(Guimarães Rosa, 2001: 302)

O trecho escolhido como epígrafe para esta introdução sintetiza, de certo modo, minha trajetória acadêmica – profundamente marcada pelo contato com a temática dos sertões brasileiros desde a primeira experiência como bolsista de iniciação científica na Casa de Oswaldo Cruz. Uma das primeiras leituras que fiz sobre o assunto, e que de certa forma sinaliza o início deste percurso, foi *Os sertões*, de Euclides da Cunha – leitura tão árida quanto a paisagem nordestina descrita pelo autor. As dificuldades que senti ao mergulhar pela primeira vez naquela obra, há cerca de dez anos, não poderiam dizer do meu encantamento posterior pelas coisas do sertão. Assim é que ele está presente como questão em todos os trabalhos que desenvolvi desde então, não sendo diferente na ocasião que ora se apresenta, afinal, “sertão é isto: o senhor empurra para trás, mas de repente ele volta a rodear o senhor dos lados” (Rosa, 2001:302).

Na tese, analiso o processo de institucionalização da medicina goiana tomando por base as instituições criadas pelos médicos atuantes em Goiás ou nas quais tomaram parte de maneira efetiva. Neste sentido, meu recorte temporal vai de 1947 até 1960, abrangendo a realização dos Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central, a fundação da Associação Médica de Goiás, a criação da Revista Goiana de Medicina e a inauguração da Faculdade de Medicina de Goiás. A partir destes eventos e instituições, busco mapear as formas pelas quais este grupo buscou se consolidar naquela região e atrair para si as atenções de seus pares. Embora tenham se organizado em um espaço que a princípio poderia ser considerado a ‘periferia da periferia’, uma vez distante dos grandes centros de ciência mundiais e, a nível nacional, longe da comunidade científica do litoral, os médicos goianos lograram êxito em suas iniciativas de grupo e ganharam

notoriedade em âmbitos nacional e internacional pelo trabalho local que desenvolviam.

À primeira vista o processo que desejo analisar poderia nada ter a ver com a temática dos sertões. No entanto, a escolha de Goiás como região privilegiada por este trabalho implica em considerar também a imagem bastante forte que sobre ela se construiu ao longo do tempo. O fato de a região em questão ser historicamente percebida como sertão, e de os médicos envolvidos no processo analisado se verem e serem vistos sob esta ótica, demandaram a incorporação ao trabalho de uma reflexão inicial a respeito do imaginário social sobre ele construído. Assim, longe de funcionar como mera figura de retórica nos discursos dos médicos goianos aqui estudados, os sertões – e os sentidos em geral negativos a eles atribuídos – influenciaram tanto os olhares lançados de fora para dentro da região como a própria construção da identidade regional goiana, repercutindo decididamente sobre o significado adquirido pelo processo de institucionalização em pauta. Tal aspecto configura particularidade importante da história da medicina goiana e constitui apenas uma das características que fazem com que este trabalho se situe na interseção entre os estudos de história da ciência e da medicina e os estudos de história regional.

Uma rápida pesquisa bibliográfica sobre o tema da história regional nos coloca frente a trabalhos de natureza muito diversa, cuja leitura às vezes mais confunde do que esclarece seus significados e objetivos. Isso se deve, em grande parte, aos múltiplos sentidos atribuídos ao conceito de região, dos quais decorrem também abordagens diferenciadas dependendo do entendimento que dele se faça (Amado, 1990; Silveira, 1990; Bandieri, 2001; Sena, 2003). Não cabe nesta introdução debatê-los – deixei para o primeiro capítulo uma ligeira síntese sobre o assunto. Vale a pena registrar, no entanto, a relevância das análises regionais para os estudos históricos na medida em que permitem desafiar a homogeneidade de teorias generalizantes. Dada a possibilidade de aproximação com realidades mais circunscritas, tais estudos fazem emergir o específico e o diferente, viabilizando uma leitura alternativa que pode enriquecer e complexificar a compreensão histórica sobre temas variados. Este aspecto casa perfeitamente com a motivação



recente de alguns estudos, realizados no âmbito da História das Ciências e da Saúde no Brasil, que buscam por meio de recortes espaciais menores contemplar outras regiões do país além do eixo Rio - São Paulo como seus objetos de pesquisa.

Considerando a importância de se voltar a atenção para a atividade científica exercida em contextos particulares, estes nem sempre definidos pelas fronteiras políticas, alguns historiadores vêm desvendando as especificidades locais que distinguem umas regiões das outras em termos da forma como desenvolvem os conhecimentos científicos. Tendo em vista a extensão continental do Brasil, estes estudos perceberam a necessidade de redimensionar a escala espacial de seus objetos visando análises comparativas futuras. Neste sentido, nota-se o esforço por estudar realidades ainda não muito contempladas pela historiografia da ciência, como por exemplo, o Amazonas (Schweickardt, 2011), o Pará (Sanjad, 2010), o Paraná (Ardigó, 2011) e, com o presente trabalho, Goiás. Privilegiando um estado brasileiro sobre o qual a produção historiográfica no âmbito das ciências e da saúde ainda é tímida, e chamando a atenção para a importância de se refletir sobre Goiás a partir de um enfoque que ressalta o peso do simbólico sobre sua história – elemento de distinção importante do processo de institucionalização da medicina se comparada a outros espaços nacionais – esta tese dialoga com os trabalhos que buscam perceber a influência de características específicas de uma região sobre a atividade científica nela praticada.

“A história da ciência não pode estar dissociada da história da região”, sentencia Schweickardt (2011: 25) em trabalho sobre o saneamento do Amazonas, no qual analisa como características intrínsecas a esta região tiveram papel importante sobre as estratégias adotadas pelos médicos locais no combate às doenças tropicais. Desta máxima compartilham outros autores, para os quais as especificidades de uma região, sejam elas de ordem sócio-histórica, cultural, geográfica, política ou econômica, interferem diretamente sobre o tipo de ciência que se desenvolve em determinado território, demarcando sua singularidade. Tal percepção se associa a um aspecto para o qual chamam a atenção os historiadores que refletem sobre os sentidos da história regional e suas potencialidades, qual seja, o da relação indissolúvel entre região e espaço. Esta relação, embora pareça

óbvia, não é estabelecida por muitos historiadores (Amado, 1990: 10). Sem perder de vista a influência das particularidades locais sobre as práticas científicas, e vice-versa – é neste sentido que a história regional vem sendo trabalhada em conjunto com a história da ciência e da saúde.

Nesta tese, portanto, além da dimensão simbólica da região analisada, atento também para outro aspecto próprio de Goiás e que influenciaria diretamente sobre o processo de institucionalização da medicina no estado, qual seja, as doenças locais. Por serem consideradas graves problemas de saúde pública e ameaça ao projeto desenvolvimentista do governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) em meados do século passado, doenças como esquistossomose, hanseníase, malária e doença de Chagas motivaram ações estatais de profilaxia e educação sanitária pelo interior do país. Tais enfermidades eram típicas do Brasil Central e, portanto, também preocupavam os médicos que com elas lidavam no dia-a-dia em seus consultórios e clínicas. O comprometimento dos médicos goianos com os problemas de saúde pública locais, desencadeando em última instância pesquisas originais, somado a um contexto político favorável, contribuiu para que o processo de institucionalização em foco ganhasse credibilidade e se acelerasse.

Atuando na periferia da ciência nacional, os médicos goianos estavam, no entanto, entre os mais bem localizados para estudar as doenças que mais acometiam os trabalhadores no interior do Brasil. Tendo o privilégio de contar com um campo de pesquisas bastante acessível, no qual os doentes vinham requisitá-los em seus ambientes de trabalho, se aprofundaram no estudo das patologias regionais, publicaram artigos sobre estes temas e apresentaram trabalhos em congressos médicos com ênfase nestas questões. Aos poucos foram sendo identificados como uma plêiade ímpar no interior do Brasil e foram ganhando reconhecimento nacional e internacional pelo trabalho que desenvolviam. Com isso foram conquistando aliados para seu projeto de fundação de uma faculdade de medicina em Goiás – desejo concretizado em 1960. Neste sentido, este trabalho também considera que o processo de institucionalização da medicina goiana teve como um de seus motores o comprometimento dos goianos com as patologias locais – aspecto que também singulariza sua história. Trata-se,

enfim, do reconhecimento, em um projeto local de institucionalização, de especificidades que estão associadas a questões próprias do lugar, isto é, de particularidades que respondem pelo êxito do processo avaliado.

Como dito anteriormente, uma das vantagens da abordagem regional é justamente testar grandes teorias produzidas a partir de parâmetros mais amplos, nacionais ou mundiais. Tendo em vista o grande debate historiográfico existente em torno das relações centro-periferia no âmbito da história das ciências, esta tese contribui para tensionar ainda mais estas relações ao mostrar que Goiás, região considerada periférica em todos os sentidos, também ocupou a posição de centro em certa medida. Assim, é possível falar de Goiás como centro quando se considera que os médicos goianos estavam mais bem localizados do que seus pares atuantes em outras partes do Brasil para levar a cabo o estudo das endemias rurais. Aprofundando um pouco mais a análise, também é possível considerar a posição central de Goiás se o foco recai sobre a originalidade das pesquisas clínicas que estes médicos desenvolveram em função dessa posição privilegiada, que os deixava muito próximos aos problemas sanitários.

Ao fim e ao cabo, o argumento deste trabalho se coaduna com o de uma série de outros cujo objetivo é mostrar que os lugares dos centros e das periferias não podem ser considerados fixos, quase a-históricos. Trata-se de uma relação dinâmica e não estática, a ponto de viabilizar que periferias também produzam centros – como no caso goiano – ou a ponto de inverter totalmente a posição de regiões comumente reconhecidas como centros e periferias, o que acontece em casos extremos (Birn, 2006). Neste sentido, a ênfase deste trabalho recai sobre a importância da ideia da circulação e da relativização que ela proporciona destas posições, em geral consideradas de modo estanque. Assim, nas próximas páginas o que se verá é a circulação de atores e ideias, entre regiões e instituições distintas, promovendo um intercâmbio que beneficiou tanto centros quanto periferias. Os médicos goianos, com suas pesquisas fundamentalmente clínicas sobre doenças locais, alimentaram com dados originais uma rede científica importante que envolvia médicos ligados a centros de maior prestígio, interessados nos mesmos problemas dado a relevância que assumiam no contexto do período.

Considerando que este estudo aporta questões importantes que se inscrevem tanto no âmbito da história regional quanto no âmbito da história das ciências e da saúde, meu objetivo será tecer uma análise sobre o processo de constituição de uma comunidade médica regional. Sua identidade está dada por meio das instituições que conseguiu consolidar localmente e por meio das doenças que elegeu como prioritárias para estudo. Para chegar ao ápice de sua institucionalização e fundar uma faculdade de medicina em Goiás, este grupo de médicos, que sem dúvida constituía a elite médica do estado, dependeu das redes de intercâmbio e colaboração que estabeleceu com instituições e pesquisadores de outras regiões. Grande peso também jogaram as relações interpessoais mantidas com médicos dos grandes centros de ciência no Brasil e no exterior e com personalidades políticas de todas as esferas. A mobilidade, organização e atuação destes médicos no interior do Brasil ficarão mais claras e evidentes ao longo deste trabalho. Para dar conta deste processo, dividi a tese em quatro capítulos.

Como já mencionado, o primeiro capítulo traz uma reflexão acerca do imaginário construído sobre os sertões de Goiás, cujos sentidos impactaram sobre a construção da identidade goiana e sobre a própria historiografia que se produziu sobre a região. A ênfase nas imagens negativas influenciou tanto a maneira com que os goianos olhavam para si próprios e percebiam sua região como os olhares lançados para ela desde fora. Este aspecto transparece nas fontes de que lancei mão para construir esta pesquisa, marcam presença nos discursos de muitos médicos – goianos ou não – e tornou incontornável uma abordagem mais minuciosa a respeito. Nos últimos anos, novas perspectivas começaram a ser abertas pela historiografia goiana, contribuindo para uma redefinição da identidade regional. Tais perspectivas relativizam as imagens negativas construídas historicamente, em especial a do atraso e decadência da região, colaborando para uma percepção mais matizada sobre Goiás – aspecto que vem ao encontro desta tese.

Do ponto de vista da história da ciência, esse exercício de relativização leva a questionamentos mais profundos em torno da posição periférica ocupada por Goiás também no que diz respeito à medicina e à ciência que ali se desenvolviam.

Assim, tomando por base a relação centro-periferia para refletir sobre meu objeto de estudo, em uma segunda parte deste primeiro capítulo teço um debate historiográfico sobre o tema, avaliando suas potencialidades para a análise do caso goiano. Restringindo a discussão ao âmbito nacional, cuja historiografia vem criticando o modelo definido por George Basalla nos anos 60, defendo o uso da ideia de circulação como estratégia mais adequada para pensar o processo de institucionalização em questão. Inserindo este trabalho no entrecruzamento entre história da ciência e história regional, pondero sobre a forma como os estudos regionais instrumentalizam minha reflexão e assim contribuem para enriquecer e aprofundar minha análise.

Na última parte deste capítulo inicio a abordagem propriamente dita do processo de institucionalização da medicina goiana. Defino como marco de origem deste processo a criação de Goiânia e reservo a esta seção a história de sua fundação (Palacín, 1974; Chaul, 1988; 2010). Projeto levado a cabo pelo interventor Pedro Ludovico Teixeira à época do governo de Getúlio Vargas, a moderna e planejada nova capital de Goiás se inseriu no planejamento político de promoção da ocupação ordenada dos sertões do Brasil simbolizada pela retórica da 'Marcha para o Oeste' (Moreira, 2003; Camargo, 2006). Atraindo inicialmente médicos recém-formados que apostaram nas perspectivas de realização profissional abertas com a nova cidade, seriam absorvidos nas instituições de saúde geridas pelo governo, como a Santa Casa de Misericórdia, ou empreenderiam iniciativas de cunho particular, abrindo consultórios ou investindo em casas de saúde privadas. Aos poucos estes médicos foram se estabelecendo na região e se organizando, constituindo a elite médica da nova capital (Freitas, 1999).

Após enfatizar os anos iniciais em que a cidade foi se estruturando e, principalmente, chamar a atenção para a forma como se deu a organização dos médicos que chegaram à cidade e sua relação com os serviços de saúde locais, no segundo capítulo me detenho inicialmente sobre a importância dos Congressos Médicos do Brasil Central e Triângulo Mineiro. Analiso sua organização e objetivos, bem como os principais temas abordados nestes encontros que atraíam não apenas os médicos residentes no interior do Brasil, mas também representantes do

governo e personagens ilustres da ciência nacional. Encarando-os como 'rituais sociais' nos quais se reforçavam os vínculos com a comunidade médica nacional, nestes eventos também ficava claro o papel que cabia a estes médicos no circuito médico-científico. Como clínicos do interior, estavam mais próximos dos doentes acometidos pelos males típicos da região. O conhecimento por eles produzido, fruto das vantagens advindas desta proximidade com o campo de pesquisa, fomentou uma rede interessada nas patologias tropicais que lhes rendeu visibilidade e projeção. Os congressos de âmbito regional demonstram isso.

Por fim enfatizo a constituição da própria Associação Médica de Goiás, sua estrutura e atividades. Configurando uma etapa importante no processo de organização da comunidade médica da região, se iniciou em Goiânia, mas logo ganharia uma abrangência maior envolvendo todo o estado – vide a instalação de sedes regionais em diferentes municípios. Como projeto que levou a uma maior aproximação entre os médicos atuantes no território goiano e à melhoria qualitativa da medicina ali praticada, desejo compreender também sua relação com os demais órgãos sanitários de Goiás, já que se deve a esta entidade algumas medidas no campo da saúde pública local. Tendo em vista que a história desta associação médica é indissociável da trajetória do médico-cirurgião Luiz Rassi, proponho também acompanhar parte da biografia deste que foi seu primeiro presidente e que se constituiu como verdadeira liderança dos médicos goianos, capaz de consolidar a associação como instituição de fato representativa dos mesmos.

Considerando que trajetórias institucionais são indissociáveis de trajetórias humanas, este tipo de abordagem, ou seja, que elege a biografia de personagens específicos como fios condutores da análise das instituições, se repete nos demais capítulos. Cabe enfatizar que não é meu objetivo realizar um estudo geracional ou biográfico, muito menos um estudo de base prosopográfica. Analisar as trajetórias de alguns personagens foi imperativo na medida em que elas estavam completamente atreladas às principais instituições médicas goianas, no caso, a Associação Médica de Goiás, a *Revista Goiana de Medicina* e a Faculdade de Medicina de Goiás, em torno das quais um grupo maior se organizou e se

consolidou. Trata-se, enfim, de uma abordagem que prioriza as instituições em torno das quais o grupo se conformou e se projetou socialmente. No entanto, há personagens centrais que merecem destaque, sem as quais talvez o projeto de uma comunidade médica organizada e com uma identidade bem definida não tivesse se realizado – daí a importância de priorizá-las.

No terceiro capítulo me detenho sobre aquele que considero o mais ambicioso projeto dos médicos de Goiás, e também mais importante do ponto de vista do processo de institucionalização analisado. Trata-se da *Revista Goiana de Medicina* – projeto editorial que começou a circular em 1955. Em um primeiro momento busco fazer uma leitura mais dinâmica do periódico, percebendo-o em sua estrutura material como iniciativa da comunidade médica da região de se inserir no âmbito da ciência praticada nos demais centros de pesquisa do país e do mundo. Uma parte deste capítulo, portanto, enfatizará as principais características da revista, envolvendo aspectos que vão desde sua programação visual até a composição de seu corpo editorial, passando pela publicidade que circulava na revista, suas regras de publicação e a abrangência de sua distribuição. Em seguida me debruço sobre o conteúdo da revista, visando identificar os temas que mais apareciam em suas páginas e os médicos que mais publicavam. Através deste exame, busco mapear as redes nas quais os médicos goianos estavam inseridos e que contribuíram para projetar seu trabalho, juntamente com sua revista, além das fronteiras regionais. Percebendo-a como um espaço de sociabilidade privilegiado, através de suas páginas é possível acompanhar a circulação dos médicos goianos e compreender as estratégias de que se valeram para ampliar a audiência para as pesquisas clínicas que desenvolviam localmente.

Tendo em vista a íntima ligação entre a revista e seu editor, o médico Joffre Marcondes de Rezende, uma segunda parte do capítulo será dedicada à sua trajetória intelectual. Acompanhando os passos deste gastroenterologista será possível perceber as redes de intercâmbio por ele estabelecidas com outros médicos atuantes no interior, principalmente em Ribeirão Preto e no Triângulo Mineiro, em outras partes do país, como Rio de Janeiro e Belo Horizonte, e no exterior – espaços por onde também circulava a revista. Na medida em que ambas

as trajetórias se entrecruzam, a do periódico e a de seu editor, seguir seus passos significa também compreender de que modo a revista goiana conseguiu alcançar certa proeminência nacional e internacional, conferindo maior visibilidade ao trabalho que os médicos goianos realizavam em torno das patologias regionais, especialmente sobre a doença de Chagas (Kropf, 2008; 2009).

Dedico a última parte deste terceiro capítulo a uma reflexão em torno do processo de aceitação e reconhecimento das pesquisas fundamentalmente clínicas dos médicos goianos em torno de uma manifestação clínica da doença de Chagas, até então considerada controversa entre médicos e cientistas, que mais tarde se configuraria como 'forma digestiva'. Trata-se de aspecto bastante importante para a comunidade médica goiana e que está diretamente associado à trajetória de Rezende, configurando um bom exemplo do relevo que ganharam os trabalhos desenvolvidos localmente por estes médicos. Acompanhar este processo de perto abre a possibilidade de observar detalhadamente a relação que mantinham os goianos com seus pares em outras regiões do país – essencial para a consolidação do resultado destas pesquisas.

O último capítulo versa sobre a criação da Faculdade de Medicina de Goiás, projeto que simboliza o ápice do processo de institucionalização analisado nesta tese. Tendo em vista que a instalação de uma faculdade de medicina em Goiás se constituiu como um ideal perseguido pelos médicos desde o início dos anos 50, cabe dedicar uma primeira parte deste capítulo ao histórico da ideia. Assim como as iniciativas anteriormente abordadas, no caso a revista e a associação médica, a faculdade também conta com um artífice central: o médico Francisco Ludovico de Almeida Neto. Neste sentido, a proposta inicial é acompanhar a trajetória deste médico, que logo se confunde com o percurso da própria faculdade desde que foi escolhido para liderar a comissão encarregada de levar à frente o projeto da nova instituição. O fato de ser filho de José Ludovico de Almeida, governador de Goiás entre 1955 e 1959, teria sido determinante tanto para sua escolha como líder deste movimento quanto para que o projeto saísse definitivamente do papel (Almeida Neto, 2001; Rezende, 2001; Moraes, 2009).



Apresentando-se como o coroamento, para os goianos, das expectativas geradas a partir da interiorização da capital federal, a inauguração da Faculdade de Medicina de Goiás aconteceu em um momento político bastante favorável ao Brasil Central. As intenções da faculdade almejada pelos goianos se coadunaram com a proposta do governo de Juscelino Kubitschek, segundo o qual era necessário a melhoria das condições de vida dos habitantes rurais e, mais decisivamente, o combate às endemias rurais, que assolavam estas regiões para garantir o pleno desenvolvimento do país. As propostas da comunidade médica goiana estavam em plena consonância com as metas estabelecidas pelo governo juscelinista, na medida em que propunha, como um de seus principais objetivos, a formação de profissionais para o interior do Brasil (Almeida Neto, 2001; Vieira, 2007). A amizade mantida entre o governador de Goiás e o presidente da República, bem como todas as ações empreendidas por aquele com vistas a facilitar a instalação da capital federal no estado, determinaram a criação da faculdade em 1960.

A segunda parte deste capítulo se concentra nas atividades do novo estabelecimento de ensino médico goiano nos anos imediatamente posteriores à sua fundação. Interessa-me abordar de que maneira se consolidou enquanto instituição renomada em Goiás, constituindo-se como centro de referência para o estudo de algumas doenças regionais. A ênfase recai sobre a estrutura administrativa da faculdade, sobre os departamentos que a compunham, sobre a origem dos professores que conformavam seu quadro docente e sobre as principais pesquisas desenvolvidas. Tendo em vista que muitos de seus professores não eram goianos, cabe enfatizar mais uma vez a importância do intercâmbio mantido por esta comunidade médica com as instituições de outras regiões do país, em especial com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Almeida Neto, 2001; Rezende, 2001; Rezende & Rassi, 2007).

Enfim, ao acompanhar a movimentação dos médicos de Goiás em diferentes espaços regionais e institucionais e mapear as redes por eles criadas e mantidas, é possível identificar os múltiplos círculos – profissionais e pessoais – nos quais estavam imbricados e que acabaram por repercutir sobre a manutenção e ampliação das atividades médicas locais. Os mecanismos e estratégias de que se

valeram foram consolidando um campo de pesquisas voltado para as patologias regionais que ganhou ressonância além das fronteiras nacionais. Tendo em vista que a região se apresentava como um bom campo de estudos das 'endemias rurais' – consideradas grandes entraves ao desenvolvimento do Brasil em meados do século XX – a especialização destes médicos nestas enfermidades interferiu positivamente sobre o processo de institucionalização, fortalecendo-o. Neste sentido, a trajetória exitosa dos médicos de Goiás no interior do Brasil se coaduna com os estudos mais recentes que vêm contribuindo para redefinir as relações entre centro e periferia, cuja análise se torna muito mais produtiva se vista sob a ótica da circulação. Do mesmo modo, refazer o percurso dos goianos configura uma oportunidade de reinventar/ ressignificar os vastos sertões do Brasil Central, cuja incorporação vigorou como tema para o pensamento social brasileiro e base sobre a qual foi construído o debate sobre a identidade nacional.

## Capítulo 1

### GOIÁS EM PERSPECTIVA HISTÓRICA: NAÇÃO, REGIÃO E CIÊNCIA

“O sertão é do tamanho do mundo”

(Guimarães Rosa, 2001).

Guimarães Rosa em *Grande Sertão: Veredas* afirma que o “sertão é do tamanho do mundo” (Rosa, 2001: 89). No romance, o personagem principal – o herói Riobaldo – envereda por múltiplos caminhos em sua jornada pelo interior do país, mas nunca se distancia do sertão. A conclusão a que chega é a de que o sertão estaria em toda parte, inclusive dentro de cada um de nós. Embora concebidas no âmbito de uma obra de ficção e contando, portanto, com a licença poética do autor, estas ideias inspiram e ajudam a refletir sobre o sertão enquanto categoria estudada no plano do pensamento social brasileiro. Como tal, o sertão é compreendido de modo mais simbólico do que geográfico, e, portanto, sem uma caracterização espacial precisa. A multiplicidade de lugares identificados como sertão ao longo da história do Brasil – desde o Amazonas até o subúrbio carioca – confere sentido à epígrafe deste capítulo.

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 estagnação, a pobreza e a doença – ideias que aparecem em variados tipos de fontes relacionados à Goiás até pelo menos meados do século XX e, como será possível ver mais adiante, acabaram sendo reforçadas pela historiografia local, ajudando a perpetuar uma imagem pessimista sobre a região. A história do projeto de transferência da capital federal para o Planalto Central Goiano é um bom exemplo de como estes diversos sentidos foram incorporados pelo imaginário social ao longo do tempo, sendo mobilizados de diferentes maneiras e por diferentes atores

nos debates entre os que eram favoráveis e contrários ao empreendimento (Vieira, 2007; 2009).

Como foi possível mostrar de forma mais detalhada em trabalhos anteriores, a ideia de levar a capital para o coração do país se conformou em um processo de longa duração que remonta ao final do século XIX e demandou uma série de estudos técnicos e articulações políticas antes de sair do papel nos anos 50 do século XX. Entre os personagens que contribuíram de forma mais ativa para que isso acontecesse, tendo em vista principalmente a péssima imagem sanitária que se tinha do Brasil Central, figuraram os médicos de Goiás (Vieira, 2007; 2009). Tal como pude mostrar na dissertação de mestrado, estes médicos trabalharam para que Brasília fosse erguida em território goiano, o que, segundo eles, contribuiria para que o estado fosse finalmente, e de fato, integrado à nação. Seu engajamento na tarefa de viabilizar a construção da nova capital foi tão forte, e os meios de que se valeram para tal tão bem constituídos, que minha atenção ao final daquele trabalho havia sido desviada de Brasília para Goiás, em especial para os médicos ali atuantes. A partir de então, uma série de questões começaram a aflorar no sentido de tentar compreender como havia se dado a consolidação de uma comunidade médica atuante numa região – à primeira vista – isolada dos grandes centros (Vieira, 2007; 2009; Vieira & Lima, 2011).

A leitura de um texto de Florestan Fernandes e seu cotejamento com as fontes ao longo do trabalho de pesquisa mostraram que antes de buscar as respostas para as perguntas que motivariam a realização desta tese, mais relacionadas à história da ciência e da medicina, era preciso que eu ampliasse meus horizontes e buscasse refletir inicialmente sobre um repertório de questões que envolviam a construção simbólica da região e o imaginário sobre os sertões.

O texto a que me refiro intitula-se *Um retrato do Brasil* (1979). Neste trabalho, publicado na forma de artigos no *Jornal de São Paulo* em 1946, Fernandes reflete sobre a dicotomia litoral e sertão – questão cara aos cientistas sociais que entre os anos 40 e 60 se ocuparam dos temas da modernização e do que viam como resistências culturais à mudança (Lima, 1999; 2009; Maio & Lima, 2009). Tomando por base o relato da viagem realizada nos anos 30 pelo médico Júlio

Paternostro (1945) ao vale do rio Tocantins – um dos principais rios de Goiás – a conclusão a que chegou o sociólogo foi a de que as diferenças existentes entre estes dois pólos – sertão e litoral – se deviam muito mais a uma distância temporal do que espacial. Tal distanciamento explicaria a resistência à modernização por conta daqueles que habitavam os sertões do Brasil, inclusive os médicos ali residentes – ponto que chamou minha atenção. Segundo ele, uma vez submetidos ao isolamento e à escassez das trocas culturais com centros mais dinâmicos, os médicos teriam dificuldade de se manterem atualizados e seriam afetados pelo que ele chamou de “demora cultural”, culminando na deserção da profissão e opção por outras atividades tais como criação de gado, lavoura ou comércio.

Esta conclusão de Fernandes, no entanto, contrastava com o que as fontes vinham mostrando, ou seja, com o fato de que ali se constituiu um grupo médico importante, que embora alocado em Goiás, falava em nome de todo o Brasil Central. Um grupo que se notabilizaria pelas pesquisas em torno das doenças regionais, tornando-se centro de referência para o estudo de algumas delas, e que chamou minha atenção pelas redes estabelecidas com centros de ciência importantes no Brasil e no mundo. Além disso, possuía uma revista de circulação nacional e internacional e preparava-se, já nos anos 60, para concretizar o plano de fundação de uma faculdade médica – ápice de sua institucionalização. E vale registrar que tudo isso não aconteceu apenas depois da construção de Brasília, em geral apontada como ‘redentora dos sertões goianos’. Tendo em vista que a construção da nova capital federal apenas conferiu maior visibilidade às atividades destes médicos, ela não pode ser considerada a força centrípeta responsável pelo início daquele processo.

As dissonâncias entre nossos pontos de vista me levaram a um mergulho na historiografia sobre Goiás. Interessava-me conhecer melhor a história produzida sobre a região na expectativa de poder relativizar o isolamento e a escassez de trocas culturais a que se referia Fernandes. Tendo em vista o processo de institucionalização da medicina goiana, não parecia que o mesmo pudesse ter se efetivado, da maneira dinâmica como foi, em um ambiente imerso numa atmosfera de “demora cultural”, tal como diagnosticado por este autor. A ideia de uma região

que resistia à modernização parecia incompatível com o fato de um grupo de médicos ter se organizado em Goiás entre as décadas de 40 e 60 e alcançado notoriedade pelo trabalho que realizavam inclusive além das fronteiras nacionais. Ao realizar tal mergulho deparei-me, no entanto, com questões muito mais complexas.

Minha incursão bibliográfica mostrou a existência de uma espécie de 'onda revisionista' no seio dos estudos acadêmicos sobre Goiás que tem contribuído para a redefinição da imagem da região e, conseqüentemente, para a reversão das características estigmatizantes de sua identidade regional. A abordagem deste movimento no âmbito desta tese me pareceu relevante, na verdade, incontornável, principalmente tendo em vista o Goiás muito diferente que as fontes me ajudavam a delinear – distanciado das imagens negativas, quase insuperáveis, através das quais é comumente percebido e que são reforçadas por abordagens como a de Fernandes. Envolvendo historiadores e cientistas sociais, goianos em sua maioria, esta revisão teria começado nos anos 70, em especial com a instalação do Programa de Mestrado em História na Universidade Federal de Goiás. Desde então, os estudos realizados no seio desta instituição acabaram perpassando, direta ou indiretamente, o tema da construção simbólica da região. Assim, mesmo tendo variado seus objetos de pesquisa e as matrizes teóricas nas quais se apoiavam, estes trabalhos têm em comum o compromisso com a reelaboração da identidade goiana.

Sendo assim, as duas primeiras partes deste capítulo versam sobre a temática dos sertões. Na primeira delas teço uma breve síntese histórica acerca dos sentidos atribuídos ao sertão ao longo do tempo e na segunda me detenho sobre o esforço de reconstrução das representações sobre Goiás realizado pela historiografia goiana. Através deste exercício, será possível perceber não apenas a ênfase que os historiadores conferiram durante muito tempo às ideias de decadência e atraso como justificativas para o lugar periférico ocupado pela região no cenário nacional até o início do século XX, mas também como consideraram que a chegada da ferrovia a Goiás, o Estado Novo e a construção de Goiânia teriam garantido a superação do passado e o ingresso do estado na modernidade (Doles, 1973;

Palacín, 1974; Campos, 1982; Funes, 1986; Pereira, 2002). Essa corrente interpretativa, que coloca ênfase em determinados acontecimentos definidores de um 'antes' e um 'depois' na história de Goiás, vem sendo revista por autores mais preocupados com as continuidades históricas do que com estes pontos de inflexão. Além disso, as novas abordagens relativizam o que a historiografia local chamou de 'paradigma da decadência' (Bertran, 2006), ponderando sobre as ideias negativas pelas quais o estado de Goiás foi conhecido e reconhecido ao longo do tempo (Chaul, 1998; 2010; Chaul & Duarte, 2005; Bertran, 2006).

Do ponto de vista da história da ciência, esse exercício de relativização leva a questionamentos mais profundos em torno da posição periférica ocupada por Goiás também no que diz respeito à medicina e à ciência que ali se desenvolviam. Para aprofundar minha reflexão a respeito, decidi trazer para a análise aqui proposta o debate historiográfico que existe a respeito da dicotomia centro-periferia. Atualmente controversa, tendo em vista as variadas críticas que sofreu no âmbito da História das Ciências – e fora dele – considero pertinente realizar uma síntese de suas principais propostas e das revisões a que foi submetida. A partir deste exercício será possível ampliar as perspectivas de análise para o estudo do desenvolvimento das atividades científicas e suas instituições em regiões não muito privilegiadas pelos historiadores. Embora utilizado mais comumente para pensar a relação entre impérios e colônias ou entre países com diferentes níveis de desenvolvimento, o par centro-periferia – e as reflexões críticas que tal perspectiva suscita – também pode ser muito interessante em estudos que se dedicam a pensar a prática científica em diferentes regiões dentro de um mesmo território, principalmente em países de dimensões continentais como é o caso do Brasil (Ardigó, 2011; Schweickardt, 2011; Sanjad, 2010).

Com essa perspectiva em mente, meu objetivo na terceira parte deste capítulo será fazer um breve histórico desta linha de reflexão no âmbito mais geral da História das Ciências, apontando as críticas por ela sofridas e os desafios que impõe ao historiador que atualmente lança mão deste tipo de abordagem. Em seguida, com base em literatura mais voltada para estudos de casos nacionais, estabelecerei pontos de aproximação com a proposta desta tese, ressaltando a

interface entre os trabalhos da área de história das ciências e aqueles desenvolvidos no âmbito da história regional, dado que este estudo se situa no entrecruzamento de ambas.

Por fim, proponho um balanço a respeito do que Gilberto Freyre, em texto publicado na revista *O Cruzeiro* em 1960, considerou um “casamento de amor, quase sem noivado” entre a bela e planejada cidade de Goiânia e os ásperos sertões de Goiás (Freyre, 1960: 103). Neste sentido, a ideia é tecer uma breve análise sobre os sentidos adquiridos pela fundação desta nova capital no contexto mais amplo do governo de Getúlio Vargas e, em seguida, tendo em vista o significado mais específico que Goiânia assume para este trabalho, centrar a discussão no panorama mais relacionado à medicina e à saúde da cidade. Embora fundada na década de 30, entre os anos 40 e 50, período em que a maioria dos médicos começou a chegar e se estabelecer na região, Goiânia ainda contava com muitos problemas, típicos de uma cidade que mal começava a dar seus primeiros passos. Assim, a ideia é enfatizar os anos iniciais em que a cidade foi se estruturando, chamando a atenção para a forma como se deu a organização dos médicos que chegaram à cidade e sua relação com os serviços de saúde locais. Minha intenção é mapear as primeiras instituições de saúde estabelecidas em Goiânia e com isso, mobilizar um pouco o cenário no qual emergirá uma comunidade médica organizada de forma mais sistematizada.

### **1.1 O ‘SERTÃO DE OUTRORA’ E OUTROS SERTÕES**

“Houve um benefício incalculável na implantação de uma capital no nosso sertão de outrora, que hoje não é mais sertão”.

(LR, 2006, fita 04/lado A)

As palavras acima são parte da entrevista concedida pelo médico goiano Luiz Rassi – personagem que será abordado mais detalhadamente no próximo capítulo – e constituem uma síntese de suas impressões acerca do impacto de Brasília sobre o interior do país. A importância que ele atribui à transferência da



capital federal para o Brasil Central, tal como podemos depreender do trecho citado, traduz uma percepção unânime entre seus colegas atuantes na região, segundo mostram as fontes. No entanto, além do peso conferido à Brasília na história de Goiás, chamo a atenção inicialmente para a força do imaginário sobre os sertões na construção simbólica da região. Sua presença é tão marcante na conformação da identidade goiana que mesmo considerando a superação da condição de sertão em função da construção da nova capital federal, Rassi continua percebendo Goiás por intermédio desta categoria – vide sua referência ao estado como “sertão de outrora”. Neste sentido, a citação acima serve como mote para introduzir a reflexão que pretendo desenvolver nas próximas páginas em torno da importância do imaginário sobre o sertão na construção simbólica de Goiás e as revisões que a historiografia vem propondo a respeito.

Inicialmente, vale a pena reforçar um ponto explicitado na introdução a este capítulo e que está na base do entendimento da ideia de sertão, qual seja, o de que ele não possui uma caracterização espacial precisa, principalmente tendo em vista que muitas e diversificadas foram as áreas assim identificadas ao longo dos séculos. Um breve retrospecto histórico mostra que desde o período colonial a palavra ‘sertão’ foi utilizada para nomear uma série de sítios distintos: desde o interior da capitania de São Vicente no Brasil colonial até os subúrbios do Rio de Janeiro, passando pela Amazônia e pelo Centro-Oeste brasileiro (Lima, 1999: 60). Embora não se possa conferir a ela uma definição estática e atemporal, é possível observar as mudanças em seu sentido, que oscilam entre uma conotação mais positiva ou negativa dependendo do momento histórico considerado (Oliveira, 1998).

De acordo com Janaína Amado (1995) os sertões teriam sido definidos inicialmente pelos portugueses durante o processo de colonização. Concebido em oposição às áreas colonizadas, não necessariamente litorâneas, o sertão era compreendido como um espaço vasto, longínquo e de baixíssima densidade demográfica – “território do vazio” onde imperava o desconhecido, a natureza e a barbárie. Tal significado teria sido absorvido, com poucas modificações, ao longo do século XIX. Neste período, o predomínio da matriz romântica de pensamento

consolidou uma imagem positiva sobre os sertões. A preocupação em conhecer melhor o espaço e a natureza brasileiros em busca da construção de um passado mítico nacional, desvincilhado da metrópole portuguesa, levou ao enaltecimento das qualidades naturais do país. Assim, exaltava-se a pátria, sua natureza exuberante e pródiga e a amenidade do clima – considerado ideal para o desenvolvimento de uma civilização nos trópicos aos moldes europeus. Tal imagem era evidente não apenas na literatura, mas também no trabalho levado a cabo por instituições como o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro. Ao promover viagens e expedições científicas, o IHGB expressava nas páginas de sua revista um duplo compromisso: incorporar as regiões mais afastadas do litoral e colaborar para a construção da identidade nacional brasileira (Guimarães, 1988; Skidmore, 1989; Lima & Hochman, 1996).

Em 1902 Euclides da Cunha publicou a obra *Os sertões* – considerada um clássico pelos estudiosos do pensamento social brasileiro. Bem recebido nos meios intelectuais da época, o livro transformaria a imagem positiva que até então se tinha do sertão. Narrando evento histórico de grande repercussão nos primeiros anos do período republicano – a Guerra de Canudos – que teve como cenário o semiárido nordestino, Euclides da Cunha teve seu olhar litorâneo confrontado com uma realidade muito diferente daquela que vinha sendo divulgada pelos literatos românticos e descreveu as condições precárias em que se encontravam as populações sertanejas, as quais pareciam viver em outro tempo, habitar outro país. Com isso, mostrou uma face do Brasil considerada nova para a maioria da sociedade e seu livro se configurou como um primeiro sinal de alerta para que o governo voltasse sua atenção para esta parte esquecida do país (Oliveira, 2002; Lima, 1999; 2011).

Este ‘retrato do Brasil’, pintado com cores bastante fortes por Euclides da Cunha, inspirou representações acerca da nação e da identidade nacional marcadas pela compreensão de litoral e sertão como ordens sociais distintas (Lima, 1999; 2011). Embora não tenha sido o primeiro a pensar a formação histórica do país com base nesta dualidade, foi este autor que construiu de forma mais elaborada o argumento sobre o isolamento do sertanejo, que ele julgava estar

na base do desequilíbrio social vivenciado pelo Brasil na época. Desde então, essa ideia foi incorporada ao amplo rol de sentidos já atribuídos ao sertão, aos quais ainda se somariam outros decorrentes das impressões contidas nos relatos das viagens científicas realizadas ao interior durante o período republicano.

A necessidade de incorporar e civilizar os sertões do país, demonstrada no Império, permaneceu como questão para a intelectualidade e a elite política brasileira durante a República. As expedições realizadas ao interior do Brasil neste período visavam ações de infraestrutura e de implantação do aparato estatal nas regiões que ainda não haviam sido alcançadas pelos braços do governo, fosse delimitando fronteiras, instalando meios integrados de comunicação ou realizando pesquisas científicas. Inserem-se neste projeto, por exemplo, as viagens de Rondon e as expedições promovidas pelo Instituto Oswaldo Cruz (Lima, 1999; 2003; Schweickardt & Lima, 2007; Sá, Sá & Lima, 2008; Sá, 2009). Coadunando-se com a percepção de Euclides da Cunha, os relatos destas viagens enfatizaram os agudos contrastes existentes entre litoral e interior, polarizando ainda mais esta dualidade, e contribuíram para ampliar o grau de polissemia do vocábulo, agregando a ele as ideias de abandono, exclusão e doença (Castro Santos, 1985; Lima, 1999; Lima & Hochman, 1996, 2000 e 2004).

Com o passar do tempo, portanto, o sertão teve agregado a seu repertório de sentidos ideias muito variadas, em geral negativas. Analisando a constituição deste vasto repertório, Lima (1999) conseguiu identificar a ausência do poder público como característica que distinguiria o sertão, independente do período considerado. Nessa mesma direção, Moraes percebeu que o sertão se conformou ao longo da história como “um espaço alvo de projetos” (Moraes, 2011: 103). Assim, desde o período colonial, o espaço compreendido como sertão teria sido definido a partir da intenção de promover sobre ele uma transformação, em geral visando superar as imagens negativas que o singularizavam. Sendo uma categoria

construída por oposição, pode-se afirmar que esse desejo de incorporação e transformação partiu sempre do pólo oposto, no caso, do litoral<sup>1</sup>.

A matriz dualista de pensamento é considerada componente fundamental da imaginação social sobre o país e, dentro dela, o dualismo litoral-sertão se destaca como uma das representações mais fortes do processo de construção simbólica da nação. Em seu livro *Um sertão chamado Brasil* (1999), Lima busca ao mesmo tempo discutir os sentidos atribuídos a essa relação dual, considerando suas versões negativas e positivas, ao mesmo tempo em que propõe uma revisão das interpretações sobre a história das ciências sociais no Brasil. Ao fazer este exercício, identifica mais continuidades do que divergências entre temas e questões presentes nas investigações levadas a cabo por intelectuais ainda fora do ambiente institucionalizado das ciências sociais e posteriormente, já no âmbito acadêmico, relativizando a ruptura que a criação da universidade teria representado para estes estudos. Entre as continuidades figuraria o que ela considera uma “corrente de pensamento” voltada para o tema da incorporação dos sertões, que teria constituído a base sobre a qual a discussão sobre a identidade nacional foi construída. Conformando, portanto, desde Euclides da Cunha, uma das vias pelas quais era possível interpretar o Brasil, o dualismo litoral-sertão seria reelaborado no âmbito das ciências sociais no pós-30, correspondendo aos lugares do moderno e do tradicional respectivamente.

Buscando os significados desta dualidade para a realização de uma “cartografia imaginária da nação”, Custódia Sena (2003; 2010) identifica o sertão como uma “região imaginada” que estaria associada, de acordo com alguns cientistas sociais, a determinadas regiões brasileiras, em geral ao Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Para os moldes deste trabalho, interessa salientar que a região Centro-Oeste – mais precisamente Goiás – integra esse imaginário sobre o sertão ao qual se relacionam, como vimos, valores geralmente negativos. Associado ao desconhecido, longínquo e selvagem no período colonial, com o esgotamento das minas de ouro, no final do século XVIII, os sertões goianos absorveriam também os

---

<sup>1</sup> Cabe ressaltar que existem outras chaves de leitura possíveis sobre o sertão, como por exemplo, a que foi feita por Heloísa Starling em trabalho no qual analisou a obra de Guimarães Rosa segundo uma ótica política Cf. Starling, 1999.

estigmas da decadência e do atraso trazidos pelo olhar estrangeiro de viajantes e administradores (Sena, 2003; Chaul, 2010).

Considerada uma das províncias menos povoadas, menos conhecidas e mais isoladas do Brasil até a Independência (Freitas, 2008; Garcia, 2010), a partir de então Goiás seria inserido no projeto estatal de incorporação e integração do território brasileiro. Segundo alguns autores, a redenção dos sertões goianos só viria com o Estado Novo a partir do projeto da Marcha para o Oeste (Pereira, 2002). Para outros, eleger momentos de ruptura como este, a partir dos quais se institui um antes e um depois na história goiana, distorceria completamente o passado goiano, principalmente se se observa esse passado sob uma ótica que privilegia as continuidades históricas. Um breve balanço a respeito situará melhor estes distintos pontos de vista.

## **1.2 A HISTORIOGRAFIA GOIANA E A GOIANIDADE**

O livro *As cidades dos sonhos: desenvolvimento urbano em Goiás* (2005), organizado por Nasr Fayad Chaul e Luís Sérgio Duarte da Silva, traz em sua introdução um breve, porém interessante, balanço bibliográfico sobre a história de Goiás. Tal como indicado no início deste capítulo, e ficou evidente durante a realização deste trabalho, a maior parte da produção acadêmica sobre a região é de autoria de historiadores e cientistas sociais goianos. Seu interesse inicial esteve voltado para o período colonial e posteriormente para o período republicano, deixando o século XIX conhecido como “século do silêncio” (Garcia, 2010: 11).

Em sua maioria estes trabalhos, que começaram a ser realizados segundo cânones mais científicos nos anos 70, se pautaram por uma matriz explicativa marxista que tinha nas ideias de decadência, atraso e modernidade seus pilares básicos de sustentação. Embora considerados relevantes para a historiografia sobre Goiás, Chaul e Silva reconhecem que seria necessário “nos desgarrarmos um pouco das nossas gloriosas concepções econômicas, que, um dia, foram capazes de

explicar o mundo” (Chaul & Silva, 2005: 11) e se lançar para fora do que eles chamam de “redoma dos anos 70”. Um movimento neste sentido teria começado por volta da década de 90, quando alguns historiadores começaram a questionar os argumentos que sustentavam as explicações de viés marxista, até então comumente aceitos, e sugeriram outros tipos de abordagem para a história goiana.

Entre estes autores podemos citar Paulo Bertran (2006), que desde os anos 70 já tensionava alguns pressupostos até então comuns no seio da historiografia, e o próprio Chaul (2010). Este último, analisando a construção simbólica de Goiás, produziu uma obra considerada parâmetro para os que se dedicam ao tema (Ferreira, 1998). Quebrando a homogeneidade das explicações que só viam na modernização e no desenvolvimento capitalista as chaves para o entendimento da região, Chaul se pautou nas continuidades históricas e nas especificidades locais e propôs uma reflexão mais ponderada sobre a decadência e o atraso goianos, bem como sobre o ingresso súbito do estado na modernidade a partir dos anos 30. Ao sugerir outra via de compreensão da história de Goiás, pode-se dizer que este autor palmilhou caminho já traçado por Bertran, historiador que no início dos anos 90 indicou a necessidade de algumas revisões da literatura produzida sobre a região, tal como será abordado mais adiante.

O trabalho de Ledonias Franco Garcia (2010) vem na esteira dos questionamentos feitos a essa produção acadêmica historicamente datada. Sua análise constitui um bom exemplo de como o estudo do imaginário e das representações vem contribuindo para enriquecer a historiografia goiana e ajudando a quebrar tanto a “redoma dos anos 70”, mencionada por Chaul e Silva, como o silêncio sobre o século XIX, ao qual ela mesma se refere. Com o objetivo mais amplo de compreender o lugar periférico ocupado pela região no âmbito nacional e o peso que jogam as imagens construídas sobre os sertões goianos nisso, a autora acompanha o processo de construção da identidade goiana a partir das representações de Goiás que foram feitas ao longo do século XIX. Apoiada em relatórios de presidentes de província, textos escritos por viajantes brasileiros e estrangeiros, relatos de sertanistas, indigenistas e sanitaristas, artigos e livros de historiadores e intelectuais da época, a autora mostra o lugar ambíguo ocupado

pela província nestes documentos: ao mesmo tempo em que era parte do Império, estava à margem dele.

Em sua análise, a inexpressividade político-econômica vivenciada pela região com o fim da mineração teria sido gerada e ampliada por uma espécie de círculo vicioso. Segundo ela, o isolamento, as grandes distâncias, a forte presença indígena, entre outros fatores, teriam servido como justificativa para a falta de investimentos do governo na região neste período. Por outro lado, ao não investir, o governo contribuía para a manutenção do isolamento e das demais dificuldades, aprofundando ainda mais o abismo existente entre Goiás e o resto do país. Tais dificuldades teriam contribuído para o desconhecimento sobre a província e marcado fortemente o imaginário que sobre ela se criou (Garcia, 2010: 57). Construído principalmente através de registros dos viajantes que ali estiveram ou por meio de documentos deixados por representantes do governo de passagem por aquele território, este imaginário que se conformou estaria, no entanto, impregnado por um olhar estrangeiro, pelo ‘olhar do outro’, habituado a uma realidade completamente diferente daquela.

A historiografia sugere que esse olhar de fora, que impregnava os relatórios administrativos e relatos de viagens, teria influenciado uma parte dos intelectuais que se ocuparam da escrita da história goiana (Pereira, 2002; Chaul, 2005; 2010). Sem muita análise crítica, estes intelectuais teriam tomado as impressões contidas nas fontes como verdade e compreendido a inexpressividade político-econômica do período pós-mineração como um período de decadência na história da região, conformando o que Paulo Bertran chamou de “paradigma da decadência”:

*“(...) conforme o sentir de alguns escritores [a decadência] iria desde a abrupta queda da mineração em 1780 até um variável fim (segundo uns até 1914 com a entrada da estrada de ferro), segundo outros até 1937, com o Estado Novo e a construção de Goiânia. Haja decadência! No caso extremo nada menos do que 157 anos de “decadência”. Deve ser erro de denominação, ou erro de conceito. Deve ser, quem sabe, puro e simples desconhecimento, falta de pesquisas sobre um século inteiro, o século XIX. Em dois e meio séculos de história de Goiás quase que de todo ignora-se um século inteiro, o da “decadência”, justo quando em todos os quadrantes nasciam centenas de fazendas e dezenas de povoados (...)”* (Bertran, 2006: 65-66).

“Integrado como representação e explicação da região” (Sena, 2003: 139), este paradigma acabou sendo reforçado por autores como Luis Palacín (1974) (um dos primeiros a estudar a região dentro dos cânones científicos acadêmicos), Dalísia Doles (1973), Maria Augusta Sant’Anna de Moraes (1974) e Eurípedes Funes (1986) só para citar alguns nomes já consagrados pela historiografia considerada regional<sup>2</sup> em obras de temáticas distintas (Chaul, 2005). Mesmo variando as razões explicativas para o fenômeno, a ideia da decadência se reproduziu tornando-se quase senso comum nos estudos sobre Goiás. Como contraponto ao passado não muito glorioso, estes autores enfatizavam as mudanças propiciadas pela implantação do Estado Novo e a construção de Goiânia mais de um século depois.

Eliane Manso Pereira (1997; 2002) também se insere neste grupo em que se estabelecem marcos para a superação da decadência goiana no pós-30. No entanto, segundo ela, a imagem de decadência do estado não teria sido fruto apenas da visão eurocêntrica contida nas fontes produzidas pelos viajantes estrangeiros, mas sim uma percepção compartilhada também por membros da elite goiana. Neste caso, trata-se de uma ideia que não deveria ser descartada com base na justificativa de que seria um ‘olhar de fora’ conformando a realidade goiana. Os autores dos textos de que lançou mão em sua pesquisa seriam “homens conhecedores da realidade brasileira do princípio do século XIX” (Pereira, 2002: 60) e que mesmo acostumados ao contexto econômico do interior do Brasil, teriam percebido a realidade local da mesma maneira que aqueles viajantes, ou seja, como decadente.

Ao reforçar a tese da decadência, porém, Pereira reconhece na vontade de superação dessa condição um dos elementos básicos da construção da identidade regional. Partindo de um ponto de vista que visa compreender a afirmação da identidade goiana na esteira do reforço do sentimento de pertença de Goiás ao

---

<sup>2</sup> Utilizo essa denominação com base em Chaul (2005:09), que identifica como sendo ‘história regional’ todos os estudos motivados por preocupações regionais. Uma análise mais detida da literatura a respeito evidencia que os trabalhos decorrentes deste tipo de preocupação tenderam a privilegiar ou o aspecto político, no qual o regionalismo aparece mais comumente associado às práticas de oligarquias locais, ou relacionaram regionalismo e identidade, considerando a região como um espaço de produção simbólica (Cf. Sena, 2003; Arruda, 1990, Gomes & Ferreira, 1989).



Brasil – e não a despeito deste – identifica a “vontade de civilização” como aspecto importante deste processo. O sentimento de decadência da região, longe de ser uma justificativa para o conformismo e a acomodação, teria estimulado os goianos, ou melhor, uma elite goiana, a reagir. A construção da identidade goiana – a goianidade – teria se dado, assim, de forma ambígua: “ao lado de um imenso complexo de decadência, a necessidade de compartilhar do processo civilizatório” (Pereira, 2002: 54). Segundo a autora, o Estado Novo e seu projeto nacionalista de Marcha para o Oeste teriam proporcionado a convergência desses ideais na medida em que buscavam maior integração nacional<sup>3</sup>.

Foi em uma conferência realizada no Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás em 1993 que o historiador Paulo Bertan (2006) refletiu sobre a produção historiográfica regional e indicou a necessidade de algumas revisões. Além do paradigma já citado, mencionou também os problemas que a adoção do “paradigma Goiânia” encerrariam. Definido como um dos momentos de ruptura com o passado considerado decadente, a construção da nova capital do estado, segundo olhar de alguns historiadores, simbolizaria o ingresso do estado na modernidade e, conseqüentemente, o fim da condição periférica da região. Para Bertran, a escolha de Goiânia como símbolo do rompimento com a história pregressa de Goiás interferia no processo de construção da identidade regional tendo em vista que aniquilava “por inteiro a noção de continuidade na história goiana” (Bertran, 2006: 66). Segundo ele, isto teria sido reflexo dos “óculos de Goiânia”, que teriam comprometido a visão destes autores em função da pressão ideológica dos anos 30.

Assim como Bertran, Eugênio Carvalho (2002) também questionou o significado atribuído a Goiânia como marco na história do estado que definiria “um antes e um depois” de sua construção, sinalizando a superação de séculos de decadência. Mais preocupado com a análise de algumas “construções possíveis de Goiânia” do que com a relação entre a narrativa histórica delas resultante e o

---

<sup>3</sup> Vale ressaltar que este projeto nacionalista do Estado Novo estava assentado em uma política fortemente centralizadora que privilegiava a unidade em detrimento das especificidades regionais. Emblemático disso é a cerimônia pública de queima das 21 bandeiras estaduais pelo chefe de governo. Cf. Oliveira, Velloso & Gomes, 1982; Oliven, 2011a; 2011b; Bastos, 2011.

processo de construção da identidade regional, observada por Bertran, o autor pergunta se uma crítica limitada e insuficiente das fontes não teria resultado neste tipo de interpretação. Ao fim e ao cabo, ressalta os perigos de incorporação do “componente ideológico contido nos discursos dos idealizadores de Goiânia” – os tais “óculos de Goiânia” a que se referia Bertran – que comprometeriam as análises históricas. Segundo ele:

*“(...) Não nos parece apropriado conferir-lhe [a Goiânia] um sentido exagerado no que diz respeito ao seu significado histórico, como ocorre às vezes com alguns historiadores, que a apresentam como um divisor de águas que marca o início de uma “nova era” para Goiás (...)”* (Carvalho, 2002: 166).

As reflexões de Bertran e Carvalho, em uma dimensão mais ampla, se alinham ao balanço feito por Gomes & Abreu a respeito dos efeitos das “poderosas lentes” de uma cultura produzida durante o Estado Novo (2009: 13), que teriam levado a uma conceituação do período anterior marcada pelo signo do atraso e da decadência. Segundo as autoras, a ideia de uma República “Velha” em contraste ao Estado “Novo” teria sido fruto de um projeto político e intelectual desenhado durante o Estado Novo, que visava acima de tudo acentuar a força transformadora e revolucionária do novo governo. A eficiência deste projeto teria feito com que não apenas as designações “velha” e “novo” fossem legadas à posteridade. Algumas concepções relacionadas a este período anterior, que trazem em seu bojo disputas políticas e intelectuais associadas a um contexto de produção bem definido, também acabaram sendo incorporadas pelo pensamento social e pela historiografia. Um exemplo dado pelas autoras se refere ao apagamento da esfera de participação política durante a Primeira República – aspecto que atualmente estaria passando por um processo de revisão e desnaturalização (Gomes & Abreu, 2009).

Uma visão diferente sobre esta historiografia, no entanto, sugere Francisco Rabelo (1998). Analisando a produção acadêmica de historiadores e cientistas sociais goianos sobre Goiás, notou que era quase unânime o destaque que estes autores conferiam em suas reflexões ao que consideravam ‘marcos’ da história goiana. Influenciados pela matriz explicativa do desenvolvimento, que fez com que

a expansão do capitalismo e a modernização fossem os pontos de chegada de todas as análises, apontaram, em geral, a extensão da estrada de ferro, a Revolução de 30 e a construção de Goiânia como momentos-chave da mudança pela qual teria passado o estado, marcando o início do seu processo de integração aos centros dinâmicos da economia nacional. Rabelo percebeu, no entanto, que por trás desta operação de estabelecimento de marcos da mudança, estava a preocupação em formar “uma imagem de um Estado que se propõe a superar a situação de atraso e isolamento” (Rabelo, 1998: 66), ou seja, a preocupação com a construção de uma imagem positiva de Goiás.

Neste sentido, Rabelo chama a atenção para o fato de que, apesar de reforçar o paradigma da decadência, esta literatura definia os marcos de sua superação, capazes de operar uma descontinuidade com um passado em que a Goiás estava reservado lugar marginal no seio da nação. Assim, o autor chega à conclusão que, a despeito do modelo interpretativo utilizado nas obras, que acabaria aproximando as explicações dadas, seus autores estariam interessados em algo mais do que a mera produção de um discurso científico. Estariam engajados na tarefa de construção de uma identidade regional livre de estigmas. É neste sentido que os insere no grupo dos que compartilhariam o sentimento de goianidade. Ao contrário de Bertran, que percebe neste tipo de abordagem uma ameaça à construção da identidade regional, Rabelo ressalta justamente o compromisso desta historiografia com esse processo.

Por outro lado, Rabelo se aproxima da observação de Pereira ao demonstrar que a ‘vontade de superação’, além de se manifestar no seio da elite goiana entre o final do século XIX e o início do XX, tal como demonstrou a autora, também estaria contida nas análises destes intelectuais como elemento forte a compor a goianidade. Segundo Pereira:

*“(...) o complexo de inferioridade dos goianos diante do Brasil litorâneo – expresso no sentimento de “decadência” que posteriormente transformou-se em “atraso” – encontrava-se tanto no pensamento de intelectuais que atuaram na história de Goiás quanto na historiografia que se construiu sobre esse Estado (...)” (Pereira, 2002: 61).*

Sena chama a atenção para a interessante análise de Rabelo tendo em vista sua percepção sobre o comprometimento dos historiadores com a questão regional a despeito da matriz explicativa adotada, para a qual não havia espaço para o regionalismo considerado “expressão ideológica das elites regionais” (Sena, 2010: 07). Tomado de empréstimo dos geógrafos, o conceito de região teria encontrado os historiadores no momento em que passava por um processo de redefinição no âmbito da geografia (Amado, 1990). Incorporando as premissas do materialismo dialético e histórico que vigoravam nos anos 70, o conceito ganhou historicidade ao enfatizar a ação do homem sobre o meio e compreender a organização do espaço de um ponto de vista social. Embora significasse um grande avanço em relação ao entendimento anterior, marcado pelo determinismo geográfico cuja ênfase recaía sobre o meio físico, a nova abordagem também trazia algumas limitações, decorrentes de um modo por vezes simplificado do recurso à teoria marxista (Amado, 1990; Silveira, 1990; Bandieri, 2001; Sena, 2003).

Entre estas limitações estava a incompreensão da natureza simbólica do social (Sena, 2003: 136) – aspecto caro a esta tese. Uma vez que era a teoria marxista que informava este novo olhar lançado sobre o conceito de região, ficava restrito o espaço para o simbólico, entendido apenas como representação de realidades sociais. Não se considerava, portanto, que uma região também pudesse ser definida e particularizada por características simbólicas e culturais. A ênfase nos modos de produção como totalidade na qual as regiões estavam inseridas levou a interpretações que, paradoxalmente, faziam com que as mesmas perdessem os traços que as distinguiam umas das outras, em um processo de homogeneização que se iniciava, segundo alguns trabalhos, com a penetração do capitalismo monopolista. O conceito de região perdia, assim, sua densidade histórica e os estudos regionais, seu sentido. Apesar disso, explícita ou implicitamente a especificidade regional aparece nos trabalhos informados por esta matriz marxista, tal como enfatizou Rabelo, permitindo que se conclua pelo comprometimento desta historiografia com a goianidade:

*“(...) os trabalhos produzidos pelos historiadores e cientistas sociais goianos agregam-se ao discurso político e às formulações dos escritores e artistas para compor o sentimento comum de goianidade. É por essa razão que o uso da*

*matriz interpretativa do desenvolvimento não redundava, naqueles trabalhos, numa dissolução da especificidade regional. Essa especificidade é construída e afirmada ao longo desses trabalhos, explícita ou implicitamente, a despeito do caráter homogeneizador e sudestocêntrico da matriz interpretativa (...)*” (Sena, 2003: 141).

Nas últimas décadas nota-se a renovação do interesse de historiadores e cientistas sociais pelo regional e suas especificidades, conferindo importância e peso ao simbólico. É desta perspectiva que meu trabalho compartilha.

Para o caso da historiografia sobre Goiás, essa mudança começou a ser sentida de modo mais veemente a partir dos anos 90, quando, de modo explícito, começaram a aparecer trabalhos interessados nas especificidades regionais. É o caso, por exemplo, da obra *Caminhos de Goiás – da construção da decadência aos limites da modernidade* (2010), de Nasr Fayad Chaul, uma das primeiras a propor a construção simbólica da região como tema de pesquisa. Percebidos como aspectos relevantes e detentores de potencial explicativo, os aspectos culturais e simbólicos são enfatizados neste trabalho em detrimento dos aspectos econômicos, típicos dos estudos de viés marxista. Sem a pretensão de reconstruir a história do estado, embora se lance em uma empreitada que perpassa quase três séculos, Chaul possui como objetivo final compreender como se deu a construção do conceito de modernidade que permeia a história goiana no pós-30. Partindo de uma análise crítica das ideias comumente aceitas sobre o passado da região, se detém sobre as continuidades históricas e culturais que indicariam outro viés interpretativo para a história de Goiás, bem mais ponderado. Em sua opinião não haveria “decadência ou atraso em Goiás a não ser pelo ângulo da visão de um Goiás que poderia ter sido, por uma visão que não enxerga o Goiás que foi” (Chaul, 2010: 148).

Numa tentativa de mostrar o “Goiás que foi”, o autor analisa inicialmente o período posterior à mineração – considerado até então pela historiografia como de decadência. Com base em relatos de viajantes e de governadores de província, bem como nos próprios trabalhos acadêmicos, o que ele mostra é que não se poderia falar em decadência tendo em vista que o período da mineração não havia deixado nenhuma prova da riqueza de sua época. Além disso, afirma que, após o

esgotamento das minas, o que se perceberia, na verdade, seria uma lenta e progressiva recuperação econômica do Estado com base na agropecuária – atividade que se exercia concomitantemente à mineração, mas que até então havia figurado em segundo plano. Conclui que em ambos os períodos, tanto no da mineração quanto no da agropecuária, as dificuldades existiram, não se notando, portanto, grandes diferenças entre eles. Em síntese:

*“(…) Acreditamos, assim, que o conceito de decadência é uma representação que foi gestada pelos cronistas e governadores de província e, posteriormente, reproduzida pela historiografia goiana, com base no isolamento da província, na visão europeizante dos estrangeiros que vieram a Goiás e na ilusão daquilo que pensavam ter existido (o fausto e a riqueza) na sociedade mineradora. Encontraram, porém, uma sociedade em transição para a agropecuária, senhora de seus limites e de suas carências de toda ordem. Consideramos que muito pouca diferença havia entre as duas sociedades no tocante à vida sociopolítica e econômica, pensando no que ficou para Goiás em termos de herança do período áureo da mineração (...)” (Chaul, 2010: 93).*

Durante o período republicano, o signo do atraso teria substituído o da decadência e o estudo sobre o coronelismo em Goiás realizado pelo sociólogo Francisco Itami Campos (1982), além de um marco na historiografia sobre o tema, teria contribuído para a difusão desta forma de interpretar a Primeira República. Para Campos, em síntese, as oligarquias que estiveram à frente do governo durante este período teriam visto na manutenção do atraso a chave para permanecerem no poder. Neste sentido, não teriam se engajado nos projetos que tirariam o estado da situação estagnada em que se encontrava. Essa tese, no entanto, é questionada por Chaul em duas direções principais: em primeiro lugar, a ideia de atraso durante a Primeira República é problematizada tendo em vista a inserção cada vez maior do estado no mercado nacional no período. Em segundo lugar, demonstra que as transformações econômicas operadas não comprometeriam o universo político, ou seja, o apoio das oligarquias a determinados empreendimentos considerados modernos e progressistas – como a própria estrada de ferro – não teria interferido em nada na posição que ocupavam. A Revolução de 30 é que as tiraria do poder.

O desenvolvimento da economia cafeeira no centro-sul do país e a penetração dos trilhos da estrada de ferro em território goiano na década de 1910

seriam os dois fatores básicos que teriam contribuído para o processo de inserção goiana no mercado nacional. Esse processo de inserção teria se dado pelas zonas sul e sudoeste, as quais começariam a reivindicar mudanças na conduta político-administrativa do estado que lhes proporcionassem mais voz (Estevam, 2004). Neste ponto da análise de Chaul, a associação entre economia e política é enfatizada. Segundo ele, com a chegada da ferrovia ao território goiano em 1913, o setor agrícola teria aumentado seu peso na economia do estado e, com isso, teria crescido também o desejo de maior participação nos rumos da política. Tendo em vista que até então o cenário político goiano estava dominado em sua maior parte pelos grupos ligados ao setor da pecuária, crescia a oposição por parte dos agricultores, em especial das regiões sul e sudoeste do estado, que acreditavam que a economia de Goiás poderia ser estimulada de forma mais eficiente. Liderados por Pedro Ludovico Teixeira, será o movimento de 1930 que lhes dará maior publicidade (Chaul, 2010: 121).

Um aspecto ressaltado por Chaul, que ajuda a desconstruir a ideia de atraso sustentada por Campos, é a visibilidade alcançada pelo estado a partir da escolha de um político local, Leopoldo Bulhões, por duas vezes para o cargo de Ministro da Fazenda – algo que não deveria ser menosprezado e demonstraria a visibilidade goiana no contexto nacional. Outro ponto questionado por ele se refere ao argumento de que os grupos oligárquicos que se sucederam no poder neste período (Bulhões e Caiado) seriam refratários a projetos de modernização como, por exemplo, a estrada de ferro. O que Chaul mostra é que não havia como o governo local ir contra os anseios de modernização do próprio governo federal, desejoso de ampliar a malha ferroviária; além disso, a ferrovia beneficiaria a todos, tanto agricultores quanto pecuaristas, aumentando inclusive a arrecadação do estado.

Em suma, o caminho percorrido por Chaul mostra que, apesar de as ideias de progresso e desenvolvimento só aparecerem na historiografia como possibilidade concreta a partir dos marcos estabelecidos no pós-30, o estado de Goiás já vinha caminhando nesta direção desde a Primeira República. Revisitando as fontes já amplamente utilizadas pelos pesquisadores e lançando sobre elas

outro olhar, o autor reconstrói as representações mais comuns acerca da região pautadas pela decadência e pelo atraso e apresenta um novo Goiás que “não era nem decadente, nem atrasado: apenas caminhava de acordo com suas possibilidades, no ritmo estabelecido pelo lugar que ocupava no conjunto da sociedade brasileira” (Chaul, 2010: 268).

A tese de Luiz Ricardo Magalhães (2010) dá continuidade a esta linha de análise inaugurada por Chaul. Com o objetivo principal de analisar o impacto da mudança da capital federal, do ponto de vista cultural, sobre o que ele chama de “sertão planaltino”, o autor levanta um questionamento sobre a pertinência das imagens mais comumente associadas à ideia de sertão entre as décadas de 50 e 60 do século XX. Restringindo sua análise às cidades goianas de Planaltina, Formosa e Luziânia, que teriam sido as mais afetadas pela construção de Brasília devido à proximidade, Magalhães mostra que ideias como isolamento, imobilidade e refratariedade ao moderno não condiziriam com a realidade destas cidades sertanejas.

Assim, o autor analisa e contesta uma série de imagens veiculadas no período, seja por meio de textos ou de fotos, nas quais a região onde vinha sendo construída a nova capital era apresentada como inóspita, erma, vazia e isolada. Segundo ele, tais ideias estariam muito mais vinculadas ao “estigma que o interior do país carregaria face à maior importância dada aos processos observados no litoral” (Magalhães, 2010: 50), tendo em vista que, especialmente nas cidades por ele estudadas, elas não fariam coro com a realidade vivida. Só para citar um exemplo, Magalhães mostra que Formosa – porta de entrada para a parte norte de Goiás – era considerada no início do século XX como a sede de melhor instrução do estado, superando inclusive a própria capital. Embora não negue a existência de cenários bem próximos aos estigmas por ele contestados, o que enfatiza o autor é a necessidade de relativizar tais ideias e evitar generalizações. Para o autor:

*“(...) Segundo a perspectiva modernizante exógena, o sertão planaltino fora concebido como portador de uma cultura de antítese do moderno, isto é, sua caracterização ultrapassava a noção de ser ele uma mera região geográfica, para identificar-se com a ausência de elementos da modernidade (cultura letrada, maquinismos, impessoalidade, eletricidade, etc.). O campo semântico construído nos centros dinâmicos da vida nacional*



*estruturara um discurso no qual o sertão seria o lugar das tradicionais interações do homem com a natureza e, desse modo, possuidor de práticas eminentemente arcaicas (...)*” (Magalhães, 2010: 109).

Ao abordar os sentidos atribuídos aos sertões goianos, cujo peso influenciou diretamente no processo de constituição da identidade goiana e marcou profundamente a percepção sobre a região, como mostra o trabalho de Magalhães acima abordado, tomo a construção simbólica da região como parte integrante do fenômeno da região (Sena, 2003: 135), ou seja, considero, pois, que uma região também se define e se singulariza por características simbólicas e culturais. Assim, as imagens negativas que foram sendo construídas sobre Goiás ao longo do tempo influenciaram tanto a forma como os goianos se percebiam como o modo como a região era percebida – isto motivou ações concretas e desencadeou processos. A força do simbólico, assim, não poderia ser deixada de lado uma vez que permeia a fala dos médicos goianos aqui estudados e está nas fontes por mim utilizadas. O debate historiográfico realizado nas páginas anteriores mostrou, no entanto, não apenas a força do imaginário dos sertões nas representações que se construíram sobre Goiás, mas principalmente o papel de historiadores e cientistas sociais ao longo das últimas quatro décadas no processo de revisão destas imagens, culminando em um processo de reelaboração da identidade regional. Segundo Pereira (2002):

*“(...) A imagem do distante sertão goiano, além das fronteiras da civilização e apêndice do Brasil litorâneo, como uma região decadente, transformou-se na auto-imagem dos goianos em relação à sua região. De fato, na história de um Goiás sertanejo, a ideia de decadência, associada ao isolamento da região, começou a ser construída, com o declínio do ouro, ainda no Período Colonial e reproduziu-se nas mentes goianas, com o passar dos anos (...)*” (Pereira, 2002: 36-37).

Tal como apresentado, a imagem pessimista que predominava sobre os sertões, construída desde os tempos coloniais sobre os pilares do isolamento, da pobreza, da rotina e da doença, entre outras ideias pejorativas, foi sintetizada pela historiografia goiana por meio da ‘decadência’ e do ‘atraso’, relacionados aos

períodos pré-republicano e pós-Proclamação da República respectivamente. Ao mesmo tempo em que reforçavam essas imagens, os pesquisadores equilibravam a balança ao considerar alguns eventos, como por exemplo, a construção de Goiânia, como marcantes da entrada súbita de Goiás na modernidade. Como bem observaram Rabelo (1998) e Sena (2003; 2010), a homogeneidade de suas explicações denotava bem mais do que a afinidade com a matriz explicativa em voga no período: indicava o compromisso político – implícito – destes autores com a construção de uma imagem positiva para Goiás, ou seja, com a goianidade.

A ‘onda revisionista’ que vinha sendo observada na historiografia desde os anos 70 – e a que me referi no início deste capítulo – ganha novos adeptos a partir de abordagens que percebem a importância do simbólico na construção dos argumentos históricos. Visto através dos olhos de quem prioriza as continuidades em detrimento das mudanças, Goiás deixa a imagem de decadência e o atraso para trás e ganha outra bem mais relativizada. Consequentemente, o repentino ingresso na modernidade a que se referiam os autores da geração anterior, também será ponderado. Isso é perceptível no trabalho de Chaul (2010), onde é possível notar a influência que teve o ‘paradigma da decadência’ sobre a historiografia goiana, levando-a a uma visão completamente enviesada sobre a região. Com seu trabalho, o sertão ganhou novos sentidos e Goiás deixou de ser mero apêndice da nação para se inserir na história nacional bem antes dos anos 30.

Outra abordagem, no entanto, foi a de Eliane Manso Pereira (2002). Diferente de Chaul, que buscou elementos para desconstruir a decadência de Goiás como imagem que reproduzia a situação da região, Pereira encontrou nas fontes o respaldo necessário para reafirmá-la. No entanto, seu foco é outro, mais voltado para o tema da construção da identidade regional. Sendo assim, seu objetivo é ressaltar um dos elementos que ela considerou estar na base da formação da identidade goiana, ou seja, a vontade de superar a decadência. Tal desejo teria se manifestado, por exemplo, nas páginas dos periódicos locais desde o início do século XIX<sup>4</sup> – considerado até bem recentemente o ‘século do silêncio’ na história

---

<sup>4</sup> Essa “vontade de civilização” dos goianos teria se materializado, por exemplo, nas páginas das revistas ‘Matutina Meiapontense’, ‘A Informação Goiana’ e ‘Revista Oeste’. Para maiores informações a respeito destas publicações Cf. Pereira, 1997; 2002; Nepomuceno, 2003 e Sá, 2009.

goiana. O marco pós-30, o Estado Novo e a política da Marcha para o Oeste são percebidos pela autora como momentos privilegiados para se notar a convergência de dois ideais: a vontade de se inserir ao mesmo tempo em que se afirmar perante a nação. Este desejo, que teria se manifestado ainda no século XIX, poderia ser notado, inclusive, no compromisso dos historiadores com o processo de revisão da própria identidade regional – para o que chamou a atenção Rabelo.

Maria Arminda do Nascimento Arruda (1990) e Ruben Oliven (2011a) possuem trabalhos que em alguma medida se coadunam com a análise aqui empreendida acerca da identidade regional e da construção simbólica da região. Compreendendo a região como um espaço privilegiado de produção social e simbólica, a partir do qual se manifestam diferentes alteridades, Arruda tece sua análise buscando reconhecer, a partir de obras literárias, relatos de viajantes, crônicas, memórias e discursos políticos os aspectos que lhes seriam comuns e que conformariam um conjunto de traços culturais característicos da mineiridade. A partir desse exercício, a autora compõe a figura do mineiro, visto e reconhecido como possuidor de uma identidade própria, marcada principalmente pela cultura política da conciliação. Lançando mão da ideia de mito, Arruda percebe a mineiridade como mito de origem dos mineiros e, em certa medida, até mesmo da nação (Cf. Arruda, 1990; 1993).

Em um diálogo mais estreito com este trabalho, no livro *A parte e o todo*, Oliven centra sua discussão no processo de construção social da identidade regional no Rio Grande do Sul, que tem na figura do gaúcho uma de suas referências mais fortes. Sua reflexão parte da conturbada relação que estado e nação mantiveram ao longo do tempo, marcada por momentos de inflexão importantes nos quais o gauchismo, ou as tradições gaúchas, eram retomados como para ressaltar as peculiaridades do estado, ao mesmo tempo em que se reforçava seu pertencimento ao país. Recuperando a historicidade desta relação, o autor mostra que foi sobre estas bases que se deu a construção da identidade gaúcha. Reapropriada em diferentes contextos permaneceu, no entanto, um substrato único que vigora até os dias de hoje.

É com base nesta mesma premissa que Pereira desenvolve sua análise sobre a identidade goiana. Diferente do Rio Grande do Sul, cuja tensão entre o desejo de autonomia e de integração constituiria uma de suas particularidades, Goiás teria buscado sempre maior inserção no cenário nacional, do qual se sentia completamente excluído. A autora em questão identifica a existência de um “complexo de inferioridade” entre os goianos em face do Brasil litorâneo que os moveria em busca de maior atenção e espaço no cenário nacional. Daí a ambiguidade em que a identidade goiana teria se constituído: “ao lado de um imenso complexo de decadência, a necessidade de compartilhar do processo civilizatório” (Pereira, 2002: 54).

Assim, tendo em vista que o processo de construção de identidades é dinâmico e se constitui por várias camadas simbólicas (Sena, 2003), encontramos várias delas conformando a identidade goiana. Desde o período colonial até hoje, como se viu, inúmeros foram os olhares lançados para os sertões goianos. Modificados com o passar do tempo na pena dos interessados em estudá-los, prevaleceram, no entanto, as ideias negativas a respeito da região, as quais acabaram conformando a auto-imagem dos goianos a respeito de Goiás. Assim é que, a despeito do esforço dos goianos de empurrar o sertão além das fronteiras do estado, realocando-o em outras paragens como o Tocantins (Sena, 2010: 10), o peso do imaginário que sobre ele foi construído parece resistir a todo e qualquer tipo de revisão. A fala de Luiz Rassi no início deste capítulo a respeito dos “sertões de outrora” parece mostrar que, apesar de tensionado pelos intelectuais, a versão negativa da categoria predomina e continua permeando a goianidade.

Nas fontes de que lançarei mão ao longo deste trabalho, o sertão ‘decadente’ e ‘atrasado’ está muito presente na voz dos médicos goianos, porém suas ações deixam transparecer o contrário: a existência de um sertão que não é de todo insuperável e que, de fato, pode não ser tão decadente e atrasado assim. A percepção do território goiano, e do Brasil Central como um todo, como região onde predominavam dificuldades de toda ordem e local em que os médicos teriam que lidar com poucos recursos se quisessem continuar a exercer a profissão, além do espírito altruísta que os deveria mover, já que sempre preocupados em

recuperar a saúde do homem do interior, aparece e é reforçada em diversos eventos e oportunidades. Por outro lado, o que a atividade destes médicos também deixa entrever é que as dificuldades a que estariam submetidos não eram intransponíveis, havia intercâmbio entre os goianos e médicos provenientes de instituições dentro e fora do país viabilizando pesquisas locais relevantes do ponto de vista da ciência. Do mesmo modo, a preocupação com o homem do interior e suas mazelas não deixava este profissional esquecer-se da importância de se manter atualizado por meio da participação em cursos e eventos que congregavam grandes nomes da ciência nacional.

Concordo, pois, com Sena quando ela afirma que “a construção simbólica da região é parte integrante do fenômeno da região” (Sena, 2003: 135). Neste sentido, não seria possível abordar a região em questão neste trabalho sem levar em consideração as imagens que sobre ela se criaram. O sertão está em todo lugar – já dizia Guimarães Rosa. Para o caso do meu objeto de pesquisa, ele está em todas as fontes, permeia a fala dos médicos goianos em cada entrevista, está latente nas páginas da revista por eles editada. Embora as ideias negativas sobre o sertão ainda constituam a imagem que os goianos fazem de sua própria região, a trajetória exitosa dos médicos de Goiás, que será delineada nesta tese, reforça os estudos mais recentes que vêm redefinindo e relativizando esta percepção. Acompanhar o percurso dos médicos goianos e das instituições que criaram na região entre os anos de 1940 e 1960 é o convite que faço. A (re) invenção do Brasil Central será consequência deste exercício e contribuirá para que uma nova camada simbólica seja inserida na delicada tessitura da identidade goiana.

### **1.3 NO CORAÇÃO DO BRASIL, MAS NA PERIFERIA DA CIÊNCIA?**

“Apresentamos nossas escusas aos colegas e professores presentes a este magno certame (...) 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 cinco anos desde sua formatura, tem, pela primeira vez, a oportunidade de assistir a um Congresso Médico”.

(Ribeiro, 1955)

O trecho acima foi extraído da apresentação de um trabalho feito pelo médico baiano atuante em Goiás Isaac Barreto Ribeiro, por ocasião do VII Congresso Médico do Brasil Central e Triângulo Mineiro que se realizou em Uberlândia nos anos 50. O teor de suas palavras somado à escassez de estudos históricos a respeito das práticas e institucionalização científicas em regiões do interior do país, em especial sobre Goiás, poderia induzir rapidamente a uma resposta afirmativa para a pergunta proposta no título desta seção. A questão sugerida, no entanto, demanda uma reflexão bem mais profunda e remete a uma temática mais ampla e já bastante debatida no seio dos estudos históricos da ciência, qual seja, a da difusão da ciência calcada na dicotomia centro-periferia. Tendo em vista a nova agenda de pesquisas que esse tema viabilizou (Lafuente, Elena & Ortega, 1993; Chambers, 1993; Macleod, 1993; Quevedo, 2000; Dantes, 2001), decorrente das inúmeras críticas e revisões que recebeu desde que foi apresentado ao público nos anos 60, é importante recuperá-lo para melhor situar a perspectiva deste trabalho.

Em 1967 o historiador George Basalla escreveu um dos artigos mais citados, comentados e criticados da História das Ciências. Publicado na revista *Science*, o trabalho de 12 páginas intitulado “The Spread of Western Science” – maior do que o normal para o periódico em questão, mas menor do que o manuscrito original (Basalla, 1993) – teve ampla ressonância entre historiadores e cientistas sociais da ciência na época e, pode-se dizer, continua repercutindo passados mais de 40 anos desde sua divulgação<sup>5</sup>. Lançando mão de dois conceitos caros à teoria da dependência, em voga naquele período, o objetivo de Basalla era compreender a forma como se processou a expansão mundial da ciência moderna em um percurso de mão única, ou seja, do centro (Europa Ocidental) para a periferia (o resto do mundo).

Os termos centro e periferia, indicando uma relação de dependência, eram linguagem comum nos estudos macroeconômicos e sociais nas décadas de 60 e 70. Tais estudos buscavam compreender os impasses do desenvolvimento com base

---

<sup>5</sup> Refiro-me aqui não apenas aos trabalhos no campo da história das ciências que lançam mão deste modelo, criticamente ou não, mas especialmente àqueles que vêm discutindo nos últimos anos a situação periférica de países europeus. Cf. Gavroglu et al., 2008.

na relação econômica estrutural e assimétrica mantida entre os países industrializados e aqueles considerados subdesenvolvidos. Um desses estudos é o de Edward Shils, com o qual o modelo de Basalla dialogaria diretamente (Schweickardt, 2011). Segundo este, o desenvolvimento era considerado como um processo típico de transferência do centro para a periferia. No mundo científico, estar na periferia significaria estar longe do centro inovador e ter pouca visibilidade internacional, além de menos acesso aos meios mais importantes de produção e divulgação da ciência. Segundo a visão de Shils, os países em desenvolvimento, subdesenvolvidos ou periféricos estariam em sua maioria nessa situação (Mueller & Oliveira, 2003).

Para compreender o processo em que a ciência teria se difundido do centro para a periferia, Basalla sugeriu um modelo explicativo composto por três fases: uma fase 'pré-científica' ou de expansão da ciência europeia, uma fase de 'ciência colonial' e uma última considerada de 'tradição científica independente'. A primeira das fases se caracterizaria basicamente pela coleta de dados e espécimes animais e vegetais a partir de viagens exploratórias e expedições levadas a cabo por agentes metropolitanos; na segunda, assistir-se-ia ao desenvolvimento de algumas instituições científicas locais, no entanto, vinculadas ao centro e dele dependentes; a última configuraria o cenário de independência da periferia, alcançado a partir do momento em que a ciência ali produzida passasse a ser motivada por questões locais e fosse mantida com recursos próprios. A transição para esta última etapa, no entanto, deveria atender a alguns pré-requisitos ou, como compreenderam alguns autores, seria marcada pelo cumprimento dos 'sete trabalhos' indicados por Basalla (Chambers & Gillispie, 2000), entre eles a superação de possíveis entraves à ciência, simbolizado, por exemplo, pela resistência religiosa, e uma definição clara dos papéis desempenhados pelo Estado e organismos científicos de forma a garantir a neutralidade do conhecimento produzido por estes últimos.

Embora se apresentasse como descritivo, o modelo de Basalla se configurou mais como uma prescrição do que os países coloniais, em desenvolvimento ou periféricos, deveriam fazer para chegar ao último estágio de independência

científica. Esta foi, no entanto, apenas uma das críticas sofridas por sua proposta, considerada também eurocêntrica, linear, etapista e progressiva (Polanco, 1986; Lafuente, 1986; Reingold & Rothenberg, 1987; Chambers, 1987; Lafuente & Sala, 1989; Cueto, 1989; 1996; Lafuente & Ortega, 1992; Vessuri, 1995; Figueirôa, 1998; Saldaña, 2000; Quevedo, 2000). Tal como reconheceram seus próprios críticos, o esforço de realizar um modelo por si só já implicaria riscos e generalizações. No entanto, muitas das críticas dirigidas a Basalla também foram decorrentes dos problemas que seu modelo absorveu da teoria da modernização.

A rígida diferenciação entre os conceitos de tradição e modernidade, tomados por antitéticos, por exemplo, teria contribuído para que o autor não desse muita atenção às iniciativas locais, coloniais ou nacionais (Lafuente & Sala, 1989; Lafuente & Ortega, 1992). Tal perspectiva se inspirava na concepção de que todas as sociedades estariam englobadas em um mesmo e único processo de desenvolvimento, marcado por diferentes estágios, mas cuja diretriz já estaria previamente traçada e teria como padrão as sociedades consideradas modernas. Neste sentido, todas as sociedades se distribuiriam ao longo de uma mesma escala, na qual seria possível distinguir em seus extremos um estágio ‘primitivo’ ou ‘tradicional’ e outro ‘moderno’ – ambos marcados por uma rígida diferenciação que não levava em conta os contextos culturais locais (Cardoso, 2005). O processo de modernização implicaria, assim, numa completa eliminação dos aspectos tradicionais, considerados “obstáculos à evolução”.

A despeito de todas essas apreciações negativas, reconhece-se que os historiadores teriam uma dívida com Basalla (Lafuente, Elena & Ortega, 1993). As reações que seu modelo provocou contribuíram para que os historiadores da ciência ampliassem seus horizontes e passassem a considerar como relevante o estudo de outras regiões além dos países europeus ou líderes da produção de conhecimento. Um novo campo de estudos foi aberto, voltado para a história da ciência colonial, e novos objetos e metodologias surgiram desta reflexão crítica. Na esteira dessas mudanças, uma das mais originais e inovadoras foi a importância atribuída pelos historiadores à análise dos contextos locais, a partir da qual seria possível perceber os movimentos de transferência e recepção da ciência de modo



muito mais complexo, rico e criativo. O silêncio de Basalla a respeito desta questão traduziu-se em uma série de estudos que, de uma maneira ou outra, começaram a dar voz à periferia.

Entre estes estudos destacamos algumas iniciativas de autores que buscaram aprimorar o modelo de Basalla. Roy Macleod (1987), por exemplo, considerado um dos mais qualificados estudiosos do vínculo entre ciência e poder (Lafuente & Ortega, 1992), ampliou o modelo original propondo outro de cinco fases, moldadas de acordo com sua análise da história imperial britânica. Apesar da restrita aplicabilidade de seu modelo a outros impérios, seu conceito de ‘moving metropolis’ trouxe para a análise histórica a criatividade intelectual das colônias (ou periferias), algo não previsto no modelo unívoco de Basalla. Diferente de Macleod, David Chambers (1993) considerou que as fases sugeridas por Basalla só fariam sentido se vistas a partir de um processo interativo e propôs que elas fossem entendidas como contínuas e simultâneas. Defendendo uma história da ciência colonial pensada a partir da própria colônia, considerou a necessidade de rever a periodização utilizada para pensar o desenvolvimento da ciência nestes espaços – tendo em vista que a existente havia sido estabelecida com base na história europeia, seria, portanto, inadequada para pensar os casos locais (Chambers, 1987).

Xavier Polanco (1986) talvez seja o autor com a proposta mais alternativa e interessante de reelaboração do modelo de Basalla. Concebendo o processo de mundialização da ciência como um processo também de polarização e acumulação científica, se inspirou em Braudel e Bruno Latour para sugerir a ideia de ‘ciência-mundo’. Compreendida como uma rede que se expande a partir da disseminação de formas de organização da prática científica e de valores, produzidos através de procedimentos como expedições, aquisição de livros, importação de técnicas, etc., sua concepção de ciência-mundo flexibiliza os conceitos de centro e periferia adotados por Basalla. Através desta nova leitura do processo de difusão da ciência, Polanco acreditava ser possível captar melhor as oscilações e heterogeneidades do sistema, concebendo a possibilidade de existirem vários centros, periferias e até semi-periferias – uma terceira categoria por ele postulada – as quais se

interligariam de acordo com a atividade desenvolvida por cada comunidade científica local. Diferente da linearidade apresentada por Basalla, Polanco concebe a possibilidade do intercâmbio em diferentes direções dentro deste sistema (Lafuente e Ortega, 1992; Beltrán, 1997; Quevedo, 2000).

Apesar da criatividade destes postulados e do maior espaço dado às periferias em relação ao modelo de Basalla, coube aos historiadores latino-americanos (em sua maioria) analisar de forma mais densa o modo como se deu a implantação das ciências nas regiões coloniais, atrasadas, subdesenvolvidas ou periféricas – segundo o período que se deseja estudar. Questionando a validade heurística da dicotomia centro-periferia, tal como empregada pelo articulista da *Science*, estes historiadores começaram a perceber a difusão científica não como mera transposição passiva de conhecimentos previamente estabelecidos, mas sim como um encontro de diferentes tradições em que ambos os lados se modificavam e contribuía para o desenvolvimento científico (Dantes, 2001; 2005).

Se Hebe Vessuri foi uma das primeiras historiadoras latino-americanas da ciência a utilizar o termo periferia em seus estudos (Cueto, 1989: 27), Marcos Cueto talvez tenha sido um dos primeiros a repensar a ideia de ‘ciência periférica’, que ele preferiu substituir pela forma mais nuançada de ‘ciência na periferia’ de modo a enfatizar as especificidades do contexto local e suas interações com a ciência internacional. Segundo ele, o conceito de periferia mereceria ser revisto, principalmente porque impedia que se percebesse com clareza a dinâmica da atividade científica local (Cueto, 1996). Embalados também por esta releitura do processo de difusão científica, Lafuente e Sala (1989) chamaram a atenção para a possibilidade de se pensar no intercâmbio intelectual entre as próprias periferias sem mediação do centro ou mesmo na transferência da ciência em uma direção oposta à sugerida por Basalla, ou seja, da periferia para o centro, o que implicaria em uma ressignificação dos próprios termos (Saldaña, 1996).

Chamando a atenção para a importância de condicionantes locais, ou para a ‘ecologia da ciência’ segundo sugeriu Polanco (1986), o que estes historiadores ressaltavam através de seus estudos era a necessidade de uma análise multilateral de seus objetos de pesquisa. Para Quevedo (2000), estes estudos configuraram

uma nova história social da ciência latino-americana. A partir de um recorte regional, essa nova história contestava a rigidez de algumas interpretações que não reconheciam a autonomia dos espaços periféricos no processo de reelaboração das informações recebidas dos centros e nem prestavam atenção na originalidade destas estratégias de reconfiguração, que davam lugar à atualização e inovação das atividades científicas locais. Ao enfatizarem a relação difusão-recepção como par indissociável na abordagem de contextos locais, demonstraram a impossibilidade de ‘engessar’ os termos centro e periferia sob pena de empobrecimento da análise histórica.

Seguindo a trilha proposta por estes historiadores, as pesquisas atualmente ressaltam não apenas os processos de negociação e adaptação às realidades e demandas locais por que passam os modelos científicos advindos dos centros. Mais do que isso, enfatizam as interações e resistências que marcam a relação entre centros e periferias e também revelam casos em que a intensa atividade científica local/nacional e o amplo intercâmbio no cenário internacional deslocam a periferia para a posição de centro, numa total inversão de posições. Esta inversão foi verificada, por exemplo, por Anne-Emanuelle Birn (2006) em um interessante trabalho no qual analisa os problemas do Uruguai com relação à mortalidade infantil e avalia o pioneirismo deste país ao transformar o tema da saúde infantil em pauta prioritária nos debates internacionais entre os anos de 1890 e 1940. No lugar de pensar a relação centro-periferia de modo estático, ou de perceber o Uruguai como uma ‘derivação passiva’ de modelos estrangeiros, a autora chama a atenção para a ideia de ‘circulação’:

*“(...) Combinando as críticas do difusionismo com a ideia do Uruguai como ‘exportador’ – através de ativas contribuições e influência sobre o campo da saúde internacional – somos levados a uma metáfora potencialmente mais profícua (e uma ferramenta analítica) para entender a evolução da saúde pública nacional e internacional na era moderna: a de circulação, pela qual ideologias, políticas e práticas de saúde passam por um intrincado processo de ‘dar e receber’ entre múltiplos atores que estão ligados em determinados círculos profissionais, políticos e práticos (...)” (Birn, 2006: 700-701).*

A ideia de circulação no sentido utilizado por Birn, no qual diferentes atores, vinculados a realidades e ambientes institucionais distintos, estejam localizados em centros ou em periferias, compartilham e trocam ideias e experiências, é bastante comum nos estudos históricos, não sendo própria e exclusiva dos estudos de história da ciência. Tal ideia foi introduzida no âmbito dos estudos de história da cultura e talvez tenha ficado mais conhecida pelo conceito de “circularidade cultural” (Ginzburg, 1987). A partir deste, se privilegiava a permeabilidade cultural verificável entre diferentes grupos dentro de uma mesma sociedade ao invés de pensá-los sob um viés dicotômico que reconhecia, por exemplo, diferenças entre uma cultura popular e uma cultura erudita, sem prever o diálogo entre ambas (Burke, 1989). Considerando a possibilidade dessa interação e o fluxo contínuo de trocas que as constitui, se chega a um entendimento mais complexo sobre o tema. Tal ideia, trazida para o âmbito da história das ciências, instrumentaliza a reflexão sobre centros e periferias na medida em que relativiza estas posições, consideradas em geral de forma estanque. Ao chamar a atenção para a ideia de uma ciência que circula na forma de práticas, políticas e ideologias entre pessoas e instituições, enfatiza-se este processo de ‘dar e receber’ ao qual se refere Birn, que pode, em última instância, realocar regiões comumente consideradas centros ou periferias.

Em trabalho no qual discute o combate à febre amarela no Brasil, Ilana Lowy (2006) também sugere a ideia de uma ciência que circula entre o centro e a periferia. Enfatizando a interação entre diversos institutos e pesquisadores, nacionais e estrangeiros, na luta contra a doença, a autora observa os riscos de se identificar determinados lugares como ‘centros’ ou ‘periferias’, tendo em vista que as fronteiras entre ambos os pólos estariam muito longe de serem estáveis ou bem definidas. No entanto, Lowy não é tão enfática quanto Birn no que se refere à possibilidade de inversão das posições comumente ocupadas pelo centro e pela periferia, situando fora do escopo de seu trabalho uma análise mais densa a respeito desta dialética (Lowy, 2006: 18).

Tal como Birn e Lowy, também considero as amplas possibilidades que uma reflexão com base na ideia de circulação pode trazer para a análise da atividade

científica praticada em contextos particulares. Neste sentido, ao abordar o processo de institucionalização da medicina em Goiás, me detenho sobre as redes de intercâmbio e colaboração criadas e mantidas pelos médicos. Através destas, é possível identificar os múltiplos círculos – profissionais e pessoais – nos quais estavam inseridos e que acabaram por repercutir sobre a manutenção e ampliação das atividades científicas locais. A partir disso, é possível perceber uma oscilação na posição ocupada pela região que, em certo sentido, de periferia passa a centro dependendo do aspecto que esteja sendo considerado.

Neste sentido, assim como o Uruguai alcançou protagonismo internacional ao propor uma agenda inédita de debates em torno da saúde infantil, sugiro que Goiás se destacou no cenário nacional a partir de uma pauta de investigação que conferia prioridade às patologias regionais, consideradas grandes entraves ao desenvolvimento do Brasil no período em questão. Neste sentido, me interessa perceber como se processou a circulação destes médicos em diferentes espaços regionais e institucionais e atentar para os mecanismos e estratégias através das quais acabaram por consolidar um campo de pesquisas privilegiado com ressonância dentro e fora do país. O entrecruzamento com uma abordagem regional será fundamental para levar a cabo a análise aqui proposta. Apesar de alguns trabalhos na área da história das ciências atualmente já considerarem a importância das relações entre região e ciência, não são muitos os autores que tomaram regiões fora do eixo Rio - São Paulo como seus objetos de pesquisa.

A partir dos anos 80 as pesquisas desenvolvidas no Brasil no campo da História das Ciências começaram a se afastar tanto de uma tradição memorialística, preocupada em enaltecer vultos da ciência (Santos Filho, 1947; 1977; 1980), como de uma forma de escrever a história que se voltava para a identificação dos primórdios da ciência nacional com base no surgimento dos primeiros institutos de pesquisa microbiológica no país (Azevedo, 1969; Stepan, 1976; Ferri & Motoyama, 1979). Fundou-se, a partir de então, uma nova tradição de pesquisas que passou a considerar museus naturais, periódicos médicos, escolas médico-cirúrgicas e comissões científicas, entre outros espaços institucionais, como objetos legítimos dos estudos históricos onde a prática

científica brasileira já podia ser observada, antes mesmos da fundação dos referidos institutos (Figueirôa, 1998; Dantes, 2001).

Motivada por estes novos estudos de história da ciência, multiplicaram-se as pesquisas que tinham como foco recortes temporais até então negligenciados por serem considerados inexpressivos do ponto de vista científico. Tendo em vista que se tomavam por quase inexistentes as atividades e instituições científicas brasileiras até o final do século XIX, muita coisa havia para ser explorada. O mesmo entusiasmo, no entanto, não foi percebido do ponto de vista dos recortes espaciais. De um modo geral, pouquíssimos foram os trabalhos que se dedicaram a uma reflexão mais acurada sobre a atuação médica no interior do Brasil ou sobre a institucionalização da ciência nestes espaços, principalmente no período proposto por esta pesquisa. A maior parte deles privilegiou as principais capitais urbanas do país e seu recorte temporal priorizou o período Imperial e a República Velha.

Segundo Janaína Amado (1990), a partir da década de 1970 o número de pesquisas de história regional aumentou em função principalmente da instalação de cursos de pós-graduação em todo o país, viabilizando em algumas regiões a formação de profissionais interessados nos temas locais. A maior parte da literatura existente sobre a medicina e a ciência em Goiás, entre livros, teses, dissertações e artigos, é fruto de pesquisa realizada em instituições goianas, o que corrobora a afirmação da autora. Apesar disso, os estudos sobre o tema ainda configuram uma produção bibliográfica bastante tímida no âmbito da História das Ciências e da Saúde. Para alguns autores isto seria reflexo de uma espécie de etnocentrismo que tomaria conta não apenas dos autores dedicados a esta vertente da pesquisa histórica, mas também das agências financiadoras do governo, que dariam prioridade para estudos interessados no eixo Rio - São Paulo. Outros motivos seriam as péssimas condições dos arquivos locais – de onde viria a matéria-prima para os estudos regionais – e a tendência dos historiadores em investir em temas já sedimentados (Amado, 1990).

Seja qual for o motivo para a preferência dos historiadores por temas referidos aos grandes centros de ciência do país, fato é que o volume de trabalhos voltados para estas regiões do Brasil é maior do que sobre qualquer outra. No

entanto, considero importante destacar algumas obras e pesquisas que vêm ajudando a compor um quadro menos obscuro sobre a medicina e a institucionalização da ciência em Goiás. Cristina de Cássia Pereira de Moraes (1995), por exemplo, é considerada como uma das primeiras historiadoras a se deter de maneira mais aprofundada sobre aspectos da história da medicina goiana e a primeira a defender uma dissertação de mestrado na Universidade Federal de Goiás (UFG) sobre este tema. Seu trabalho privilegia o século XIX e aborda as políticas sanitárias levadas a cabo pelo governo local na província de Goiás. A preferência por este recorte temporal também se nota na maior parte dos estudos que se debruçaram sobre aspectos da saúde e da medicina em Goiás, como por exemplo, a dissertação de Mônica de Paula Pereira da Silva Age (2003), que recorta o universo específico das parteiras atuantes na Cidade de Goiás para sua análise, e a tese de doutorado e os artigos de Sônia Maria de Magalhães (2004a; 2004b; 2005), que abordam os efeitos das carências alimentares sobre a saúde dos goianos, a assistência à saúde e as práticas de cura ao longo daquele século na região.

Leicy Francisca da Silva (2003) também se deteve sobre esses temas durante o mestrado e sua dissertação aborda a saúde pública e a medicina popular em Goiás entre os anos de 1930 e 1945. Lançando mão de um recorte temporal mais próximo do interesse desta tese, seu trabalho está centrado nas disputas por espaço entre as diversas formas de cura que estavam à disposição da população neste período, principalmente entre curandeiros e médicos, os quais, segundo ela, estariam ausentes no estado até meados do século XX (2005). Seus trabalhos mais recentes versam sobre o problema da hanseníase em Goiás, também no período contemporâneo, e conferem destaque à construção da Colônia Santa Marta no ano de 1945 (2008a).

Uma das iniciativas de maior fôlego no âmbito desta vertente historiográfica está o livro *Saúde e Doenças em Goiás – a medicina possível*, idealizada por médicos e historiadores da Universidade Federal de Goiás e organizada pela historiadora Lena Castello Branco Ferreira de Freitas (1999). Dedicado totalmente ao tema da medicina e demais práticas de cura em Goiás, seus artigos abrangem um longo

período que vai do século XVIII até meados do século XX. O livro previa um segundo volume dedicado à história da medicina goiana mais recente, mas o projeto ainda não saiu do papel. No prefácio percebemos um tom mais crítico da autora com relação à preferência dos historiadores por estudar os núcleos urbanos – fato que teria inclusive dificultado a obtenção de auxílio financeiro para o livro em questão. Neste sentido, o convite da autora ao final é muito claro:

*“(...) os trabalhos publicados sobre a História da Medicina Brasileira referem-se às regiões litorâneas e, dentre essas, às mais desenvolvidas do País. Por que não desvendar e conhecer a realidade do interior distante? (...)”* (Freitas, 1999: 14).

Alguns trabalhos realizados nos últimos anos indicam que o apelo da autora vem sendo atendido, principalmente se se consideram análises que buscam estudar regiões em geral não muito privilegiadas pela historiografia. É o caso, por exemplo, de um livro publicado recentemente sobre as instituições científicas no Paraná entre os anos de 1940 e 1960. Coadunando-se com este posicionamento crítico em relação ao pouco conhecimento que se tem sobre as atividades científicas praticadas foras dos grandes centros nacionais – Rio de Janeiro e São Paulo – o livro *Histórias de uma ciência regional*, organizado por Fabiano Ardigó (2011), conta com uma abordagem diferenciada, ensaiada pelos diferentes autores que compõem o livro. Segundo seu organizador, pretende-se chamar a atenção para a periferia da ciência nacional e para a influência de fatores regionais sobre as práticas e a circulação de ideias científicas, subvertendo-se a lógica dos estudos que se debruçam exclusivamente sobre a região sudeste do país. O fim último deste trabalho seria facilitar a elaboração de estudos comparativos que levassem em conta as especificidades regionais envolvidas nos processos de apropriação e institucionalização do conhecimento científico no Brasil. Para ele:

*“(...) Análises que tratam da circulação de ideias, bem como da dicotomia entre “centros” e “periferias”, sejam elas nacionais ou internacionais, raramente levam em consideração fatores da geografia física e humana que são peculiares em países de grandes extensões, tais como a grande diversidade étnica, a existência de biomas distintos e mesmo o isolamento geográfico de algumas de suas regiões. Existem ainda poucos estudos que*



*buscam identificar de que maneira essas características influenciaram de forma particular as práticas científicas de países com estas configurações (...)" (Ardigó, 2011: 18).*

A hipótese de trabalho trazida por Ardigó é bastante original, tendo em vista que, pelo menos no Brasil, ainda são poucos os trabalhos no campo da história das ciências que promovem esta interface tão estreita com a história regional. Neste sentido, tal como afirma o próprio autor, embora a ideia de estabelecer vínculos entre espaços e práticas científicas não seja nova, vide os trabalhos que tomam como referencial as fronteiras geopolíticas nacionais, por exemplo, o problema estaria justamente na escala utilizada para a reflexão: em países como o Brasil, de dimensões continentais, a ideia de uma ciência brasileira deveria ser repensada tendo em vista as inúmeras especificidades que estariam sendo aí subsumidas. A questão seria maior do que apenas promover estudos sobre história da ciência em diferentes regiões – na verdade, trata-se de verificar em que medida as atividades científicas praticadas nestes espaços atenderam a demandas específicas locais, sendo por estas influenciadas.

O trabalho de Júlio Schweickardt (2011) sobre o Amazonas pode ser inserido na esteira destes estudos que se dedicaram a pensar as especificidades regionais e sua relação com o desenrolar da prática científica nestes espaços. Analisando as atividades de saneamento do estado do Amazonas no período da Primeira República, o autor ressaltou o envolvimento de uma série de instituições e cientistas de âmbitos local, nacional e internacional e encontrou na reflexão crítica sobre a dicotomia centro-periferia o respaldo necessário para compreender as relações estabelecidas entre espaços de ciência muito distintos, onde o estado do Amazonas oscilava entre uma posição central – já que se configurava como espaço privilegiado para a observação das enfermidades que ali grassavam – e outra periférica, em termos das relações de trabalho e condições sanitárias.

Embora utilizada mais comumente para pensar a relação entre impérios e colônias ou entre países com diferentes níveis de desenvolvimento, a dinâmica centro-periferia também pode ser muito profícua se aplicada a estudos que se ocupam da prática científica em regiões dentro de um mesmo território. Valendo-

se desta possibilidade, Schweickardt aproxima história da ciência e história das políticas públicas de saúde e mostra com seu trabalho que a periferia pode ser tão criativa quanto o centro. Para chegar a esta conclusão, no entanto, o percurso de análise traçado pelo autor se pautou pelas interfaces estabelecidas entre história das ciências e história regional, segundo ele, campos indissociáveis: “a história da ciência não pode estar dissociada da história da região, onde ela produz estilos específicos às suas características sócio-históricas, culturais e geográficas” (Schweickardt, 2011: 25). Assim, trazendo para a historiografia nacional o debate científico da região amazônica, o autor enfatizou a importância dos estudos regionais e as possibilidades que trazem para a história das ciências.

Em suma, o tema da região, tal como vem se configurando desde o início deste capítulo, é muito caro a este trabalho. Se na primeira parte priorizou-se um debate em torno da construção simbólica de Goiás, ao final considera-se o potencial analítico que o entrecruzamento da história regional e da história da ciência oferece. Tomando por base todos os aspectos abordados até aqui, considero que o processo de institucionalização da medicina em Goiás deve ser analisado levando-se em consideração, em primeiro lugar, a ideia da circulação (Birn, 2006; Lowy; 2006). Ao acompanhar a trajetória dos médicos goianos e conhecer as estratégias de que valeram para lograr êxito na tarefa de constituir um campo de atuação bem consolidado na região, será possível perceber as esferas institucionais – locais, nacionais e internacionais – em que circularam. Desse modo, a rede que conseguiram fomentar com suas pesquisas clínicas, fazendo a região oscilar da periferia ao centro, ficará bem mais evidente.

Em segundo lugar, é necessário estar atento às especificidades locais, cujas demandas respondem em grande medida pelo sucesso com que se deu a institucionalização da medicina naquela região. Assim como propôs Ardigó (2011), as peculiaridades regionais influenciariam de forma particular as práticas científicas. Neste sentido, podemos dizer que não apenas a localização de Goiás no interior do país constitui um elemento a ser considerado, mas também as próprias escolhas de pesquisa feitas pelos médicos atuantes em Goiás revelam algo sobre esta especificidade. Tendo em vista que a região se apresentava como um bom

campo de pesquisas das doenças locais, a especialização destes médicos nestas enfermidades interferiu positivamente sobre o empreendimento, fortalecendo-o – vide a notoriedade que alcançaram além das fronteiras nacionais.

#### **1.4 “CIDADE ACABA COM O SERTÃO. ACABA?” OS SENTIDOS DA FUNDAÇÃO DE GOIÂNIA E A INFRAESTRUTURA SANITÁRIA DA NOVA CIDADE.**

“E eis Goiânia – cidade esperança do Brasil. Esperança para os que aqui nasceram; esperança para os que, cansados, se abalançam do nordeste e do norte tão áspero quão cheio de tradições, quer batendo as alpercatas do couro cru, quer atravessando as solidões, escanchados no lombo das alimárias, perdendo-se, às vezes, nas trilhas dos ermos gerais, demandam Goiânia como o peregrino em busca de Meca: esperança para quantos, penetrando a hinterlândia, se extasiam ante a surpresa que seus olhos contemplam”

(Ecos do III Congresso Médico do Triângulo Mineiro e Brasil Central, 1951: 24).

Goiânia foi uma cidade planejada e construída para ser a nova capital de Goiás nos anos 30 do século XX. Suas obras tiveram início em 1933, mas a inauguração oficial da cidade só aconteceu em 1942, em uma cerimônia programada para durar 11 dias que foi considerada o “batismo cultural” da cidade (Vidal e Souza, 2002). Compreendida pelos historiadores como um importante marco na política estado-novista de conquista do interior, representada pela Marcha para o Oeste (Oliveira, 2008b), a construção de Goiânia, no entanto, não contou com aprovação unânime da sociedade goiana. O processo de transferência da capital de Goiás, que durou cerca de cinco anos entre o (re) surgimento da ideia e sua real efetivação, foi marcado por um debate acirrado entre os partidários da mudança e os que se posicionavam contrariamente a ela. Entre estes últimos estavam políticos e habitantes da cidade de Goiás, inconformados com a perda da posição privilegiada de sede político-administrativa que a cidade ostentava desde o início do século XIX, quando deixou de ser Vila Boa de Goiás para ser elevada à categoria de cidade (Chaul, 2010; Palacín, 1974).

Como foi possível acompanhar até aqui, a leitura que muitos autores fizeram a respeito do significado da nova capital goiana, bem como de todo o processo no

qual ela se insere marcado pela Revolução de 30 e pelo Estado Novo, a configurou como o passaporte para o ingresso de Goiás na modernidade. Sendo assim, Goiânia aparece nestas interpretações como um grande divisor de águas na história goiana demarcando a superação de um passado de decadência e de atraso e assinalando o início de um futuro glorioso para o estado, no qual este deixaria o papel de coadjuvante para ser reconhecido como parte relevante da nação. Não vou aqui retomar o argumento exposto anteriormente e repisar o tema da identidade regional – já sabemos que o sentimento de goianidade perpassa boa parte destas reflexões. Meu objetivo é apenas lembrar estas percepções para seguir adiante reforçando as posições de autores que recentemente vêm repensando tais pontos de vista em busca da relativização de alguns marcos já clássicos na historiografia goiana, como por exemplo, o papel fundamental de Goiânia para o desenvolvimento do estado e do Centro-Oeste como um todo.

Luis Palacín está entre os autores que abordaram a nova capital goiana como um momento singular na história do estado. Considerado como um dos primeiros historiadores a refletir sobre Goiás segundo cânones mais científicos, para ele, “a construção de Goiânia marcou o início de uma nova época no desenvolvimento de Goiás” (Palacín, 1974: 778). Tal desenvolvimento, segundo Palacín, seria perceptível em várias esferas, inclusive na psicologia social de um povo que se lamentava pela decadência experimentada desde o fim do ciclo áureo da mineração, mas que, desde a mudança da capital, comemorava a chegada do progresso. Este tipo de interpretação, qual seja, que deposita em Goiânia a chave explicativa para o desenrolar dos acontecimentos em Goiás no início do século XX, configurando-a como um ponto de inflexão crucial para o futuro do estado, se repete de diferentes maneiras, mas com o mesmo sentido, principalmente na abordagem daqueles que se detiveram sobre a história de Goiás entre os anos 70 e 80 (Doles, 1973; Palacín, 1974; Campos, 1982; Funes, 1986).

Chaul (2010) e Carvalho (2002) estão entre aqueles que corroboram de uma leitura que prefere não exagerar sobre a importância de Goiânia para o desenvolvimento de Goiás. Enfatizando a inserção política e econômica do estado no cenário nacional como um processo gradual e perceptível desde a Primeira

República, Chaul não o vincula à construção da nova capital goiana, embora não desconsidere seu peso na maior dinamização sentida pelo interior do Brasil a partir dos anos 30. Seguindo a mesma linha, Carvalho analisa algumas construções discursivas sobre o significado de Goiânia e pondera sobre a possível absorção acrítica, por parte de muitos autores, da visão positiva e otimista contida nas fontes oficiais, nas quais o interesse político de transferência era latente<sup>6</sup>. Tentando se afastar deste tipo de armadilha, a maior parte dos historiadores alerta em suas reflexões para outras possíveis motivações contidas na vontade do governo de mudar a capital, além do desejo de uma cidade mais moderna, arrojada e condizente com os novos rumos que o país tomava, enfim, a cura para todos os males de Goiás (Paula, 2011; Chaul, 2010; Campos, 2002; Pereira, 2002; Palacín, 1974).

Ao analisar a construção de Goiânia, Chaul afirma que a nova cidade representou a esperança de progresso e também uma estratégia de sobrevivência política (Chaul, 2010: 221). Segundo ele, a ideia da mudança da capital “ressurgia por meio da habilidade política do interventor, no momento em que viu ruir seu plano de controlar a política regional através do programa de saneamento e higienização” (Chaul, 2010: 216). Não me deterei agora nos planos que Ludovico estabeleceu para a saúde pública goiana quando assumiu o governo do estado em 1931, mas desde já deixo registrado que as atividades de sua Diretoria de Higiene – instituída após abolir o Serviço Sanitário criado no governo de Brasil Ramos Caiado em 1926 – não foram muito além do papel, tendo em vista, entre outros fatores, a prioridade que a construção da nova capital adquiriu durante sua gestão. Segundo Itami Campos:

*“(...) Como médico, Pedro Ludovico mal chegara ao Executivo Estadual, tentou reutilizar o saber médico como estratégia de poder. A saúde pública foi logo regulamentada e o Estado esquadriado. Retirando dos municípios o controle dos serviços sanitários, o Estado centralizava estes serviços procurando “uniformizá-los e racionalizá-los” no dizer dos documentos oficiais. As condições financeiras, a extensão territorial de Goiás e a precariedade dos meios de*

---

<sup>6</sup> Em trabalho no qual analisa as imagens de Goiânia na literatura mudancista, Eliézer Cardoso de Oliveira também reforça a absorção de vários pressupostos dos partidários da mudança sobre a nova capital pelos autores de obras acadêmicas. Além de analisá-las, Oliveira também se debruça sobre as obras literárias. Para maiores detalhes Cf. Oliveira, 2005.

*comunicação tornavam ineficaz esta estratégia. A mudança da capital se apresentou como uma estratégia mais eficaz, como de fato o foi (...)*". (Campos, 2002: 182 – grifo meu).

Mais do que registrar um tipo de abordagem que enfatiza o saber médico como estratégia de poder, reforçado por muitos autores que se dedicam à história da medicina goiana – em especial durante a gestão de Ludovico – o trecho acima citado é interessante porque reforça a interpretação que percebe Goiânia como plataforma política do interventor. Segundo esta literatura, Ludovico teria encontrado no projeto de construção da nova cidade a chave para permanecer no poder durante o breve interregno democrático que se seguiu à pressão imposta pelos paulistas na Revolução Constitucionalista de 1932. Com o sistema partidário recomposto, após suspensão decorrente da revolução de 30, e percebendo que este era um tema que pesava na balança a seu favor, Ludovico investiu nele visando às eleições para a Câmara Federal, agendadas para 1933. Enquanto seus adversários julgavam ser esta uma simples jogada política e não davam a ela muito crédito, o interventor corria por fora tomando as medidas necessárias a fim de concretizar seu intento (Palacín, 1974).

No final de 1934, Ludovico foi eleito governador de Goiás – nenhuma surpresa tendo em vista que a maioria dos deputados e senadores escolhidos pertencia a seu partido. Antes disso, no entanto, o então governador já havia definido a região do estado onde seria erguida a nova cidade, nomeado os responsáveis pela obra e baixado um decreto em que estabelecia as bases para a edificação da nova capital, tornando o processo definitivo. Lançando mão de um discurso que reforçava a inviabilidade de se manter a cidade de Goiás como sede político-administrativa do estado, Ludovico projetava na nova capital a possibilidade de uma brusca mudança nos rumos da vida goiana. Entre seus argumentos figuraram questões relacionadas à insalubridade da antiga capital e à historicidade do desejo de mudança, que já vinha sendo esboçado desde o século

XVIII segundo retrospecto histórico realizado por alguns historiadores<sup>7</sup> (Chaul, 2010; Vidal e Souza, 2002; Palacín, 1974).

Pedro Ludovico recuperou elementos contidos em relatórios de antigos presidentes de província e governadores, nos quais ficaram registrados alguns dos principais problemas da cidade de Goiás e a vontade de transferir a capital. Assim, o governador e seus partidários defenderam a necessidade premente da mudança calcados em um discurso que considerava a velha capital um local insalubre, onde grassavam inúmeras doenças e onde não havia água encanada, luz acessível a todos ou rede de esgotos – cenário incompatível com uma região que se desejava progressista e que buscava maior inserção nacional. Ludovico teria apostado todas as suas fichas neste projeto, considerando a necessidade de uma capital moderna e afinada com os anseios do governo federal, nos planos do qual a ocupação do interior se faria presente de forma mais intensa durante o Estado Novo.

Às críticas sobre os altos custos do projeto para um estado em dificuldades financeiras como Goiás e de que o dinheiro utilizado na construção de Goiânia poderia ser usado para melhorar a qualidade de vida na antiga capital e resolver seus problemas de infraestrutura, Ludovico rebatia afirmando que a nova capital seria um grande investimento e que a cidade de Goiás não se adequava aos anseios dos novos tempos. No discurso de Ludovico, todos os males do estado se associavam à inércia de sua capital (Palacín, 1974: 760). Tal inércia, no entanto, não se devia somente à precariedade da situação sanitária, mas também a determinados grupos que até então haviam dominado o cenário político goiano. Era como se a antiga capital representasse todo um passado de atraso, dominado pelas oligarquias, e resistisse ao progresso<sup>8</sup>. O crescimento econômico das regiões

---

<sup>7</sup> De acordo com a historiografia, um dos primeiros a se manifestar de maneira favorável à mudança da capital de Vila Boa para Meia Ponte, em função do clima e de melhores comunicações, foi o Conde dos Arcos em 1754 – o primeiro governador da capitania de Goiás. Pelos mesmos motivos, em 1830 Miguel de Lino Moraes, o segundo governador da província de Goiás, sugeriu que a mudança fosse efetuada para Água Quente. Mais tarde, Couto de Magalhães, 16º governador da província, também seria partidário da mudança. O artigo 5º da Constituição Estadual de 1918 já admitia essa possibilidade antes mesmo de Pedro Ludovico assumir o governo de Goiás nos anos de 1930. Cf. Chaul, 2010; Vidal e Souza, 2002; Palacín, 1974.

<sup>8</sup> Muito embora os novos ‘donos do poder’ fossem profissionais liberais, como o próprio Pedro Ludovico, que era médico, Chaul chama a atenção para o “fazendeiro escondido por trás do profissional liberal”. Segundo ele: “[...] Goiânia expressava a modernidade e o progresso, e amalgamava o urbano e o rural. Uma parcela da sociedade da época com voz na política local

sul e sudoeste do estado demandava a criação de um novo centro de poder, descolado das elites tradicionais e mais representativo de suas aspirações (Estevam, 2004; Chaul, 2010):

*“(...) A ideia da mudança da capital era uma bandeira eleitoral que ocultava a verdadeira face de seu intento: não se tratava apenas de deslocar os Caiado do centro de poder; Goiânia representava o veículo de condução político-burocrática capaz de levar o estado a uma maior inserção no mercado nacional, a uma dinamização do processo de acumulação capitalista nas fronteiras economicamente mais desenvolvidas de Goiás (...)” (Chaul, 2010: 234).*

De acordo com Vidal e Souza, “transpor a dimensão regional foi uma das saídas encontradas no discurso de Ludovico para popularizar e engrandecer a construção da nova sede estadual” (Vidal e Souza, 2002: 75). Para dar conta deste ‘novo Goiás’, se fazia necessário uma cidade totalmente nova, que representasse o ideal de progresso e modernidade veiculado pelo governo de Getúlio Vargas, e que estivesse integrada no projeto de interiorização da nação, no compasso da Marcha para o Oeste. Sendo assim, a mudança da capital aparecia em consonância com o projeto nacional. Para levá-la a cabo, Ludovico contou com equipe técnica para escolher o local mais adequado e com urbanistas de renome para projetar o desenho arquitetônico e urbanístico da nova cidade. Campinas foi a região escolhida pela comissão instituída com este fim em 1932: “local de água abundante, bom clima, topografia adequada e próxima à estrada de ferro”<sup>9</sup> (Chaul, 2010: 230; Palacín, 1974: 763).

---

escondia o fazendeiro por trás do profissional liberal (...). Era o aflorar de uma mentalidade urbana dentro de uma sociedade com os pés fixados em solo rural (...)” (Chaul, 2010: 256).

<sup>9</sup> Após tomar conhecimento do local indicado para a nova capital em 1933, Pedro Ludovico pediu a opinião do engenheiro Armando Augusto de Godói, colaborador do urbanista francês Alfred Agache, que então se encontrava no Rio de Janeiro. Este teria visitado o sítio escolhido e aprovado a decisão. No mesmo ano, o urbanista Atílio Correia Lima, formado pela Sorbonne, foi o encarregado de elaborar o projeto da futura capital. Segundo Freitas, o relatório por ele apresentado a Ludovico em 1935 mostra que Lima se imbuíu inteiramente das convicções dos mudancistas entendendo que “a mudança da capital é tão premente que o problema não é propriamente de mudar para este ou aquele ponto, mas sim o de sair de onde está” (Freitas, 1999: 247-248). Segundo Oliveira o relatório técnico apresentado por Godoy teria sido o primeiro a criar a imagem de cidade moderna para Goiânia, tendo os mudancistas se apropriado de seus argumentos (Cf. Oliveira, 2005: 139-140).



Em 1933 foi lançada a pedra fundamental e começaram as obras. No entanto, o ritmo lento com que vinham sendo executadas levou Ludovico a cancelar o contrato com a empresa até então responsável e firmar um novo em 1935<sup>10</sup>. Em novembro deste mesmo ano, o governador nomeou Venerando de Freitas Borges prefeito de Goiânia e transferiu a sede do governo provisoriamente para o canteiro de obras com a justificativa de acompanhá-las mais de perto (Chaul, 2010: 247). No início de 1936 os principais prédios da nova capital, entre eles o Palácio do Governo, já estavam em fase final de construção e no ano seguinte Ludovico baixou um decreto determinando a mudança.

O ano de 1937, portanto, foi definido como o marco da mudança, embora a cerimônia de inauguração tenha ocorrido somente cinco anos depois. Palacín afirma que nessa época, do ponto de vista urbano, “a cidade ainda não era grande coisa” (Palacín, 1974: 774). E assim permaneceria durante algum tempo até que os serviços básicos fossem oferecidos e prestados com regularidade. Segundo avalia Paula (2011), nas duas primeiras décadas de funcionamento, Goiânia não tinha tanta força econômica, suas estruturas físicas ainda eram bem limitadas, havia poucos prédios e problemas de abastecimento de água. O antropólogo francês Claude Lévi-Strauss esteve na cidade em 1937 e deixou registrado em *Tristes Trópicos* (2007) suas impressões:

*“(...) Visitei Goiânia em 1937. Uma planície sem fim, que lembrava um terreno baldio e um campo de batalha, espetado por postes de eletricidade e por fixas de agrimensura, deixava entrever uma centena de casas novas espalhadas pelos quatro cantos do horizonte. A mais importante era o hotel, paralelepípedo de concreto que, no meio daquela monotonia, evocava um aeródromo ou um fortim; de bom grado poder-se-ia aplicar-lhe a expressão “bastião da civilização”, num sentido, não mais figurado mas próprio, que adquiria no caso um valor singularmente irônico. Pois nada podia ser tão bárbaro, tão desumano, quanto essa implantação no deserto. Essa construção sem graça era o contrário de Goiás; nenhuma história, nenhuma duração, nenhum hábito lhe saturara o vazio ou lhe suavizara a rigidez; ali nos sentíamos como numa estação de trem ou num hospital, sempre passageiros, e nunca residentes (...)” (Lévi-Strauss, 2007: 118).*

---

<sup>10</sup> Este novo contrato foi celebrado com a companhia Coimbra Bueno e Pena Chaves Ltda., dirigida pelos irmãos Jerônimo e Abelardo Coimbra Bueno que mais tarde seriam considerados os construtores de Goiânia (Palacín, 1974: 767; Silva, 2002: 131). Alguns anos mais tarde, Jerônimo Coimbra Bueno seria o governador de Goiás (1947-1950).

Apesar do grande subjetivismo com que descreve o cenário, as impressões de Lévi-Strauss deixam entrever minimamente aspectos da nova cidade que se afastam muito das previsões de Ludovico e daqueles que defendiam a mudança da capital como necessidade perante o atraso simbolizado pela cidade de Goiás. Goiânia surgia, aos olhos deste antropólogo francês radicado temporariamente no Brasil em função do seu envolvimento com a implantação da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, com uma aparência que em nada lembrava uma cidade moderna e pujante. Sintetiza Carvalho (2002):

*“(...) Em relação ao clima de derrotismo anterior, Goiânia, em contraposição, representaria o momento do nascimento ou renascimento de um clima de ufanismo, de um “novo” Goiás. Tem-se a impressão até de que a história de Goiás teria início efetivamente com a fundação de Goiânia, uma vez que o passado, assim como achava Pedro Ludovico e seus seguidores, deveria ser apagado ou apresentado como antítese do futuro. Esta também é uma outra construção mental de Goiânia, ao que tudo indica, bastante distante da Goiânia concreta (...)”* (Carvalho, 2002: 166).

Muito distante da Goiânia concreta, é a conclusão a que chega também Lena de Freitas (1999) ao analisar a nova capital sob o ângulo das condições de higiene e salubridade. Embora projetada em contraponto à “insalubre” cidade de Goiás, Goiânia padeceria de problemas semelhantes. Visando conhecer o que de concreto havia sido feito neste sentido, a autora tomou como recorte o período que abrange o início das obras em 1933 até o batismo cultural da cidade em 1942. Buscando estabelecer uma comparação entre a antiga e a nova capital, lança mão de relatos que, segundo ela, teriam passado longe das paixões políticas que perpassaram o embate entre mudancistas e antimudancistas nos anos 30. Apoiada pelos escritos de poetas, cronistas e memorialistas sobre a cidade de Goiás, chegou à conclusão de que ao findar a década de 1920 a antiga capital goiana era “a única cidade habitável do estado” <sup>11</sup> (Freitas, 1999: 259).

---

<sup>11</sup> Cabe ressaltar que nas primeiras décadas do século XX, a cidade de Goiás havia recebido inovações como o prédio do Asilo São Vicente de Paula (1908) para doentes mentais e as reformas do secular Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, que lhe renderam novas instalações. Configurando o primeiro curso superior da área de saúde em Goiás, em 1921 este mesmo hospital acolheu a recém-fundada Faculdade de Farmácia e Odontologia, que ali funcionou até transferir-se

Em seguida se detém sobre uma série de depoimentos de pioneiros de Goiânia visando reconstituir as condições higiênico-sanitárias e ambientais desta cidade. Por meio da fala destes personagens, capta os problemas enfrentados por seus moradores, como as dificuldades de acesso à região, a falta d'água e a precariedade do atendimento médico-hospitalar. Analisando tais depoimentos e apoiando-se em dados sobre a situação da saúde no município referentes ao início da década de 40, tendo em vista a inexistência destas informações para os anos 30, conclui que a nova capital não dispunha de condições razoáveis de atendimento à saúde da população:

*"(...) Depois das reiteradas denúncias relativas à insalubridade da cidade de Goiás, seria de esperar que, na nova capital, tivessem absoluta prioridade o abastecimento com água tratada, a implantação da rede de esgoto, o recolhimento e beneficiamento do lixo, a estrita obediência às normas construtivas, sobretudo nos aspectos higiênico-sanitários. Dadas as disposições do seu plano diretor, parecia razoável a expectativa de que existissem, desde logo, cuidados com o lazer coletivo e a preservação do meio ambiente, ao lado de serviços de saúde pública razoavelmente estruturados (...)" (Freitas, 1999: 267).*

Em 1937 Goiânia tornou-se a capital de Goiás sem dispor de rede de esgotos, de um hospital público ou centro de saúde. Situado em Campinas, o Colégio Santa Clara, das irmãs franciscanas, deu suporte nestes primeiros anos, pois as freiras tinham conhecimento em enfermagem e possuíam algum material médico-odontológico. Assim, os casos mais simples eram para elas direcionados, ao passo que os casos mais graves demandavam a atenção de Honestino Guimarães, proprietário de uma farmácia local (Araújo e Silva, 1999). O projeto da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia – em andamento desde 1936 – contou com o apoio da Igreja Católica, representada pelo presidente da Sociedade São Vicente de Paulo (entidade que já atuava na cidade de Goiás) e com o empenho da primeira-dama do estado, Gercina Borges Teixeira, que ajudou a angariar donativos para as obras da instituição. Em meados de 1937 as instalações que abrigavam sua administração já estavam prontas e no início de 1938 seu primeiro pavilhão já havia sido erguido.

---

para uma sede própria. Em suma, a despeito das dificuldades, nada disso dava à cidade de Goiás ares de decadência ou estagnação.

Embora as obras ainda não estivessem concluídas, a Santa Casa começou a funcionar e o primeiro doente foi internado em abril de 1938 (Doles, 1999). O Pronto Socorro de Goiânia, que lhe era anexo, começou a funcionar na mesma época. Segundo Freitas, “durante vários anos, seriam essas instituições as únicas a prestar atendimento à população carente de Goiânia” (1999: 274).

Embora a nova capital não configurasse de imediato o lócus da saúde no estado, como ressalta Freitas em seu trabalho, dentro de pouco tempo ela faria jus a esse título. Apesar das dificuldades iniciais, aos poucos ela foi atraindo médicos, a maioria recém-formados, que se instalaram em Goiânia atraídos pelas grandes possibilidades que se abriam com a criação da nova cidade. Já nos anos 40 é possível notar-se um aumento significativo no número de casas de saúde e clínicas particulares. Muitas delas pertenciam a médicos que também atuavam na Santa Casa de Misericórdia e futuramente integrariam a Associação Médica de Goiás – sociedade que significou o pontapé inicial no processo de institucionalização da medicina goiana. Sendo assim, para os moldes deste trabalho, o interesse específico pela cidade de Goiânia se dá pelo fato de uma comunidade médica mais formalizada ter ali iniciado sua estruturação. Para compreender seu significado do ponto de vista médico-sanitário, cabe fornecer um breve panorama da situação no estado – carente de assistência médica e hospitalar até o início do século XX (Salles, 1999).

Os historiadores da saúde e da medicina ao abordarem a região de Goiás são enfáticos ao afirmarem pela quase inexistência de médicos até os anos de 1830 (Silva, 2003; Freitas, 2009a; Salles, 1999). Mary Karasch é uma das poucas autoras que se aventurou pela história das doenças em Goiás nos seus tempos de capitania. Com ênfase no recorte temporal que vai de 1720 a 1820 e lançando mão de documentos deixados por autoridades locais, médicos e viajantes, informa que neste período ela tinha a reputação de ser lugar perigoso, “onde o homem perdia sua vida em busca do ouro” (Karasch, 1999: 20). Uma das primeiras instituições de saúde na capitania foi o Hospital Militar, cuja data de criação não se sabe ao certo. O documento mais antigo encontrado mostra que ele já existia desde o século XVIII, embora estivesse destinado apenas a cuidar dos soldados. Até a fundação do

Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, na cidade de Goiás em 1825, não havia hospital civil<sup>12</sup>.

A capitania não contava com mosteiros ou conventos onde os doentes pudessem procurar auxílio. Igrejas e fontes de águas quentes eram os principais locais de cura. Um dos presidentes de província – Miguel Lino de Moraes – percebeu a gravidade do problema e sugeriu que se criasse uma Aula de Medicina Prática, Cirurgia e Farmácia, capaz de habilitar algumas pessoas para a prática da cura no estado. No entanto, a ideia não se concretizou (Freitas, 2009a: 03). Em seu trabalho, Karasch fornece uma tabela – mencionada por quase todos os historiadores que fazem um retrospecto histórico da situação sanitária da região – que mostra a pequena quantidade de cirurgiões na capitania de Goiás entre 1774 e 1831<sup>13</sup>. A maioria deles, de um total de 19, esteve vinculada ao exército e, posteriormente, ao Hospital de Caridade. Dada a escassez de médicos, era comum que a população recorresse a boticários, parteiras e curandeiros para solucionar seus problemas de saúde.

A partir de 1828 uma lei regulamentou que os problemas sanitários fossem da alçada das câmaras municipais – permanecendo assim após a reforma constitucional de 1898 (Campos, 1999). No que se refere aos serviços hospitalares, porém, estas se mostraram incapazes de exercer tal função em virtude dos poucos recursos. O Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, por exemplo, foi uma instituição leiga que nasceu da iniciativa de um grupo local influente sensibilizado com a ausência de assistência aos destituídos e enfermos (Magalhães, 2004b). Sendo o único no gênero na província de Goiás, foi criado em 1825, mas só começou a funcionar de fato em 1827, em uma casa alugada atendendo

---

<sup>12</sup> Em 1872 foi fundado em Luziânia o Hospital de Caridade São Sebastião, sob a direção e fiscalização de uma junta de caridade (Salles, 1999: 107). Depois deste, só se tem notícia de um hospital direcionado ao atendimento da população civil em 1925, quando o Hospital Evangélico de Anápolis foi criado – um século depois do Hospital de Caridade da cidade de Goiás (Silva, 2003: 105).

<sup>13</sup> No Brasil Colonial a divisão clássica se dava entre o médico (ou físico), o cirurgião e o boticário. Aos médicos caberia medicar, aos cirurgiões intervir no corpo doente e aos boticários manipular os medicamentos. Com a institucionalização das escolas de medicina no início do século XIX, que inicialmente eram escolas de cirurgia, a divisão permaneceu e o tempo de formação de cada profissional indicava certa hierarquia e níveis de formação específicos (o tempo de duração do curso médico era de seis anos – o dobro do necessário para os demais) Cf. Figueiredo, 2002.

inicialmente número reduzido de pacientes (Freitas, 2009a: 05). Embora uma dotação imperial e o lucro da botica correspondessem à sua receita ordinária, a assistência à população em seus anos iniciais foi garantida graças a doações feitas pelas pessoas mais abastadas da província<sup>14</sup> (Magalhães, 2004b).

A difícil situação financeira em que rotineiramente se encontrava levava o Hospital de Caridade a priorizar o atendimento a pessoas que podiam custear o tratamento em detrimento da caridade para com os pobres – função primeira da instituição. Em 1835, a Câmara Municipal adquiriu uma chácara para recolhimento de pessoas acometidas por doenças contagiosas, especialmente pela lepra<sup>15</sup>, que foi integrada à administração deste hospital<sup>16</sup>. A chegada das irmãs dominicanas em 1889, segundo Magalhães (2004b), teria aberto novas possibilidades para a saúde e a educação em Goiás. Ficaria a cargo delas a direção do Hospital de Caridade, que passaria por reformas em 1908 e 1921.

Como se viu acima, uma das doenças de maior incidência na região era a hanseníase – enfermidade que permanecerá como sério problema médico-sanitário até pelo menos meados do século XX. Segundo alguns autores que se dedicaram ao tema, depois de 1830 o número de pessoas contaminadas pela doença aumentou muito na província. Tal aumento teria se dado em função da divulgação do poder curativo das águas termais de Caldas Novas, que desde o início do século XIX vinha atraindo para o estado enfermos de regiões próximas como Bahia, Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro. Segundo Oliveira (2008a):

*“(...) Além do ouro, a notícia dos benefícios medicinais das fontes termais, atraíram durante o século XIX, pessoas dos mais variados lugares da província de Goiás e do Brasil, que se deslocavam a pé, a cavalos, em banguês, carros de bois e liteiras em viagens longas e cansativas na esperança de obter curas de enfermidades diversas e muito frequentes na população brasileira daquele período como: a sífilis, a morfeia (elefantíase), a lepra (hanseníase) e reumatismo (...)”* (Oliveira, 2008a: 208-209).

---

<sup>14</sup> Com a inauguração do cemitério público em 1859, o hospital contou com mais uma fonte de renda, tendo em vista que os atestados de óbito e os serviços funerários passaram a ser de sua alçada (Magalhães, 2004b).

<sup>15</sup> Em 1976 o decreto 165 definiu que a doença seria designada pelo termo ‘hanseníase’ ao invés de ‘lepra’ como tentativa de minimizar seu estigma. O uso do termo antigo neste trabalho se justifica, portanto, por ser designação de época (Cf. Cavalieri & Nascimento, 2007).

<sup>16</sup> Mais tarde, em 1838, esse lugar se tornou o Hospital dos Lázaros (Salles, 1999).

Em função do grande número de doentes que ocorria ao estado, alguns leprosários foram construídos, como por exemplo, o que ficava próximo a Pirenópolis, em 1830 (Salles, 1999: 102), e outros em Catalão e na Ilha de Bananal, que surgiram por iniciativa de estrangeiros radicados na região (Moraes, 1999: 138). No entanto, mesmo com o aumento do número de enfermos entre os séculos XIX e XX, uma medida mais eficaz para este grave problema de saúde pública só seria tomada na década de 1940 com a construção da Colônia Santa Marta em Goiânia, instituição sobre a qual me deterei mais adiante.

Entre 1831 e 1920 a quantidade de médicos em Goiás não aumentou muito em relação ao período anterior à Independência (Salles, 1999). Em meados do século XIX a carência de médicos em Goiás era tal que a Assembleia Legislativa da província decidiu enviar um jovem goiano para estudar medicina na Corte com o compromisso de que ao retornar, atendesse gratuitamente aos pobres durante 10 anos. Francisco Antonio de Azevedo formou-se em medicina no Rio de Janeiro, porém, ao voltar para Goiás preferiu trabalhar como boticário (Freitas, 2009a; Moraes, 1999: 137). Até o final dos anos 20 os autores afirmam que havia carência de profissionais habilitados para atuar na medicina na região. A falta de recursos humanos qualificados teria dificultado muito a ação preventiva e profilática até 1929, mesmo com a instalação de um serviço sanitário no estado durante o governo do médico Brasil Ramos Caiado, em 1926.

O Serviço Sanitário instituído por Ramos Caiado foi o primeiro de abrangência estadual, sendo sua gestão a primeira a destinar recursos para a saúde pública (Campos, 1999). Antes disso, no entanto, percebem-se alguns ensaios visando estabelecer um serviço nos mesmos moldes. Em 1909, por exemplo, foi criada a Repartição de Higiene do Estado (lei 357) desmembrando o serviço sanitário em estadual e municipal, mas a mesma não foi executada. Sua criação vinha sendo pleiteada com insistência pelo executivo estadual desde 1902, no governo de José Xavier de Almeida, mas não teria sido implementada em função do desinteresse e da falta de recursos. Nove anos depois, o governador João Alves de Castro teria solicitado ao Congresso que este decretasse medidas que adequassem

o referido serviço de higiene de modo que fosse possível colocá-lo em funcionamento, mas seu pedido não teve ressonância (Campos, 1999: 227).

Dois dias depois de tomar posse, Ramos Caiado sancionou a lei 781 que criava o Serviço Sanitário do Estado. Em 1926 o serviço foi regulamentado e boa parte de suas atribuições foi transferida para o âmbito municipal, tanto no que se refere à fiscalização como ao controle sanitário. Segundo este regulamento, o Estado seria dividido em cinco delegacias de saúde tendo cada uma delas certo número de inspetorias com sede nos municípios. O cargo de inspetor deveria ser exercido gratuitamente e a ele caberiam a polícia sanitária, vigilância médica, fiscalização de alimentos, etc. Tal serviço também tratava da habilitação profissional e visava o controle e exercício da medicina, farmácia, odontologia e obstetrícia (Campos, 1999: 229)<sup>17</sup>. Além de uma das delegacias, a cidade de Goiás também sediava a diretoria geral do serviço. As demais se localizavam em Ipameri, Rio Verde, Posse e Porto Nacional.

Embora tenha sido a primeira iniciativa mais contundente visando planejar e solucionar os problemas de saúde de Goiás, este serviço teve pouca atuação em função, principalmente, dos poucos recursos destinados a ele no orçamento estadual. Delegados foram designados para as sedes regionais, mas a atuação do novo órgão de saúde teria se restringido à capital. Com a Revolução de 30, Pedro Ludovico assumiu o cargo de interventor do estado e um de seus primeiros atos foi a extinção do serviço sanitário tal como havia sido organizado por Ramos Caiado. No lugar dele criou a Diretoria de Higiene, subordinada à Secretaria de Segurança e Assistência Pública, pelo decreto 714 datado de 19/02/1931. Quatro meses depois seu regulamento de saúde, com mais de mil artigos, foi aprovado.

---

<sup>17</sup> Entre os objetivos deste serviço estavam: profilaxia geral e específica das doenças transmissíveis e de outras evitáveis; “polícia sanitária dos domicílios, lugares e logradouros públicos”, incluindo-se os estabelecimentos de ensino; fiscalização dos gêneros alimentícios; estudo da natureza, etiologia e “pesquisa científica” de interesses da saúde pública; fornecimento de soros, vacinas e outros produtos biológicos para combate às epidemias; assistência aos doentes de “isolamentos”; saneamento e profilaxia rural; organização da estatística demográfico-sanitária e organização do serviço de propaganda e educação sanitária e assistência dentária nas escolas (Cf. Araújo e Silva, 1999: 194).



Um dos aspectos que os autores destacam neste regulamento é o alto grau de interferência das autoridades de saúde nas políticas municipais<sup>18</sup>. Semelhante à proposta de Ramos Caiado, o estado seria dividido em cinco zonas sanitárias. Até a mudança da capital, a cidade de Goiás abrigou a diretoria deste serviço sanitário e as cidades escolhidas para sediar as delegacias de higiene foram Anápolis, Rio Verde, Ipameri, Arraias e Natividade. Segundo Campos, estas cidades conformaram escolhas políticas e não técnicas, já que cidades com maior peso político durante a 1ª República haviam sido preteridas (Campos, 1999: 232). Cada zona sanitária contaria com um inspetor e um guarda de higiene, responsáveis por fazer cumprir as regras impostas pelo regulamento. Foi criada também uma polícia sanitária da zona rural, onde estava a maior parte da população do Estado (Silva, 2003: 104).

Embora a atenção à saúde e os recursos a ela destinados tenham aumentado nos anos 30, as ações do serviço sanitário entre 1930 e 1936 foram bem restritas (Doles, 1999; Silva, 2003). Segundo avalia Silva (2003), o regulamento de saúde não alcançou os resultados que previa, tais como a ampliação da oferta de cuidados médicos e maior atenção para as populações rurais, principalmente na parte norte do estado. A fiscalização e controle, algumas das principais atividades do serviço sanitário, também não teriam sido executadas de maneira eficaz (Silva, 2003: 102-103). Tendo em vista a atuação quase nula do serviço sanitário fora da capital, nos documentos em que Pedro Ludovico se referia ao trabalho por ele realizado reforçava a impossibilidade de uma adequada atuação do Estado no setor de saúde pública pela falta de meios. Na verdade, no período em questão, a execução deste programa sanitário não parecia estar entre as prioridades do governo, que dividia as atenções com a construção da nova capital<sup>19</sup> (Campos, 1999: 232).

---

<sup>18</sup> Tal interferência estava dada na medida em que o novo regulamento de saúde exigia a subordinação dos municípios às autoridades de saúde e que 10% das rendas arrecadas na prefeitura fossem repassadas para os serviços de saúde pública (Silva, 2003; Campos, 1999).

<sup>19</sup> Em dezembro de 1938 o Serviço Sanitário Estadual foi reorganizado pelo decreto-lei 1446 e uma das inovações referiu-se à criação dos distritos sanitários, em um total de sete: Goiânia, Goiás, Ipameri, Jataí, Santa Rita do Paranaíba, Arraias e Porto Nacional. A maior eficiência do sistema esteve pautada pelo aumento dos gastos do governo com o setor da saúde pública Cf. Campos, 1999: 235-236.

Com base em relatório encaminhado por Ludovico a Getúlio Vargas no início dos anos 30, a quantidade de médicos no estado registrados na diretoria geral do serviço sanitário era a de 104 profissionais. Com relação à quantidade de hospitais, Silva (2003) colhe informações do anuário estatístico sobre os anos de 1933 a 1935 e nota que este número era ínfimo, assim como o número de instalações auxiliares, como laboratórios e salas de raios X. Em comparação com as demais regiões do Brasil no mesmo período, a situação de Goiás era a mais preocupante. Avançando vinte anos no tempo, percebe-se que o quadro da escassez de médicos permanece. Como se verifica no anexo 01, em 1951 o total de médicos em Goiás era de 210 profissionais, o que em relação à população do estado significaria um médico para quase 6000 habitantes (Silveira, 1981b).

Muitos autores atribuem este quadro precário da assistência médica em Goiás ao desinteresse dos profissionais em exercerem a medicina no estado. Até os 'filhos da terra', depois de se deslocarem para os grandes centros para estudarem nas faculdades de medicina, não se fixariam na região pela dificuldade de readaptar-se à vida no interior, de manter o conhecimento atualizado dado o isolamento em que se encontravam ou por acharem que esta não seria uma opção rentável. Tal cenário, e as razões que o justificam, se estenderiam segundo alguns historiadores até pelo menos meados do século XX (Silva, 2003; 2005). Este tipo de interpretação se coaduna, inclusive, com a análise empreendida por Florestan Fernandes em *Um retrato do Brasil* (1979), como mencionado anteriormente. Como afirmei no início deste capítulo, algumas dessas razões merecem ser reconsideradas.

Não é meu objetivo negar a escassez de médicos no estado. Aliás, isso seria impossível, tendo em vista que as estatísticas mostram o contrário, principalmente se se refere à parte norte de Goiás. Meu ponto é outro. Trata-se de matizar um pouco mais a ideia do isolamento a que se referem os historiadores, uma vez que ele era relativo. Longe de negar que existissem dificuldades para aqueles que optavam pelo trabalho no interior do país, percebe-se que estas não se interpunham como obstáculos intransponíveis. Neste sentido, meu objetivo é evitar generalizações e destacar as nuances que existem nesse quadro. Quando se

observam algumas histórias particulares, por exemplo, percebe-se que manter o conhecimento atualizado era uma busca constante por parte desses médicos. É o caso de José Peixoto da Silveira, que viria a ser secretário de saúde do estado nos anos 50. Chegando a Goiás em 1938 após formar-se em Belo Horizonte, instalou-se na cidade de Jaraguá, situada na parte central de Goiás. Segundo ele, Jaraguá era “uma cidade, como naquela época eram quase todas as cidades do interior, parada no tempo e isolada no espaço” (Silveira, 1997: 93). Nesta cidade se estabeleceu e não deixava de estudar: “logo ao escurecer, acendia meu Petromax e lia muito, lia tudo, em primeiro lugar as revistas de medicina e os compêndios, onde procurava me esclarecer em relação aos casos clínicos mais complicados” (Silveira, 1997:94).

Outro exemplo é o de Isaac Barreto Ribeiro, médico baiano que se formou em 1948 pela Faculdade de Medicina de Minas Gerais<sup>20</sup>. Uma vez formado, recusou o convite de um de seus professores para permanecer em Belo Horizonte e decidiu seguir para o interior, passando pelas cidades goianas de Rio Verde, Anápolis, Oruana e Ceres. Nesta última permaneceu entre 1949 e 1955. Lá montou um Centro Cirúrgico com recursos próprios, composto por médicos provenientes de outras regiões. Segundo conta em seu depoimento, ao ser questionado por este professor sobre se pararia de estudar em função de sua opção pelo interior do país, Ribeiro teria dito que não e complementou “fiz essa promessa para ele e cumpri, continuei estudando a medicina” (Isaac Barreto Ribeiro, 2006, fita 1/lado A)<sup>21</sup>. Ainda segundo ele, “todo ano eu fazia curso de especialização. Embora trabalhando em Ceres e em Brasília, eu nunca fiquei atrasado na medicina” (IBR, 2006, fita 3/lado B). Em suma, a situação vivida por estes médicos podia não ser a regra, mas também não era a exceção.

Defendo a tese de que Goiânia se configurou como um centro dinamizador da comunidade médica goiana. A partir da nova capital houve um esforço por parte

---

<sup>20</sup> A partir de 1956 este médico se estabeleceu em Brasília. Com o anúncio do início da construção da nova capital, Ribeiro se dirigiu para o canteiro de obras, sendo um dos primeiros médicos a chegar à região. Lá atuaria no Hospital Juscelino Kubistchek de Oliveira (HJKO) e seria presidente da Associação Médica de Brasília (AMB), fundada em 1959. Sua experiência no interior do país o levaria a publicar artigos na *Revista Goiana de Medicina* sobre a doença de Chagas em Ceres e em Brasília. Sobre ele se falará nos próximos capítulos. Para maiores informações Cf. Vieira, 2007.

<sup>21</sup> Daqui por diante adoto para este depoimento a seguinte referência IBR, ano, fita/lado.

desse grupo de profissionais em organizar-se rumo a uma maior formalização, abrangendo seus colegas atuantes em todo o território do estado. Com a construção da nova capital, percebe-se o afluxo cada vez maior de médicos para a região. O desinteresse e as dificuldades de se manter o nível de conhecimento atualizado não serão mais questões a justificar a falta de médicos. Como se perceberá nas próximas seções, após a criação da Associação Médica de Goiás os médicos atuantes em Goiânia farão um grande esforço para associar o maior número possível de colegas no estado e em algumas cidades do interior implantarão sedes regionais da associação. É esta mobilidade e atuação que me levam a questionar a realidade tradicionalmente descrita para os médicos atuantes no sertão do Brasil, principalmente a partir da consolidação de Goiânia como nova capital do estado. Assim, em função da importância que adquire como núcleo do desenvolvimento da medicina na região, daqui por diante me ocuparei em fornecer um panorama de sua situação sanitária.

Como se viu anteriormente, a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia foi o primeiro hospital da cidade. Considerada por Doles “a instituição hospitalar e assistencial mais expressiva do Centro-Oeste brasileiro” (Doles, 1999: 305), suas obras estiveram a cargo do governo estadual e da Sociedade São Vicente de Paulo. No entanto, como também já foi mencionado, o maior empenho para sua realização se deveu ao trabalho filantrópico da primeira-dama do Estado Gercina Borges Teixeira. A direção inicial do hospital esteve por conta das mães da Ordem Agostiniana, mas a partir de 1942 passou para as mãos das irmãs vicentinas. As escolas de enfermagem e assistência social, ligadas ao hospital, seriam as responsáveis pela formação de pessoal capacitado para atender “aos pobres e desajustados” (Silva, 2003: 95). Domingos Viggiano foi um dos primeiros médicos a se instalar na nova cidade e o primeiro a ser contratado pela Santa Casa. Entre os anos 40 e 50 ela se configurou como espaço onde atuaria a maior parte dos médicos que se instalaram em Goiânia e estiveram envolvidos com a criação da Associação Médica de Goiás<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Em 1956 a Conferência São Vicente de Paulo completaria 20 anos com a inauguração do Pavilhão de Apartamentos da Maternidade D. Gercina na Santa Casa. Na época, Domingos Viggiano

A Colônia Santa Marta, fundada em 1943, é outra instituição importante de Goiânia. Destinada ao recolhimento e tratamento dos doentes acometidos pela hanseníase, seu prédio representava o que havia de mais moderno no tratamento da doença, embora a terapêutica empregada ainda fosse baseada no segregamento, tal como acontecia com outras doenças infectocontagiosas, como a tuberculose (Silva, 2008a). Com o objetivo de abrigar o grande número de enfermos que viviam pelo estado, a Colônia recebeu doentes de outras instituições de Goiás que foram fechadas por não corresponderem às exigências de um leprosário moderno. Suas obras, iniciadas em 1937, foram financiadas pelo governo federal e dirigidas pelo estado. Contava com médicos, mas a maior parte do trabalho que exigia contato com os internos era feito por religiosas católicas (Silva, 2003).

Em conjunto com a Colônia Santa Marta, mas distante dela, foi criado também o Preventório Afrânio de Azevedo, destinado às crianças que tinham parentes enfermos, mas que não haviam contraído a doença. Construído pelo governo do estado, atuava como uma espécie de orfanato e mantinha-se sob a proteção da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, sendo administrada por meio do trabalho filantrópico, sobrevivendo, pois, de doações. Em uma entrevista concedida pelo então Diretor de Saúde Pública do Estado – Aldemar Câmara – à *Revista Oeste* em 1944, este afirmou que a lepra estaria entre “um dos mais sérios problemas médico-sociais” de Goiás e, para combatê-lo, contavam com o Serviço de Profilaxia da Lepra, Colônia Santa Marta, Preventório Afrânio de Azevedo e dispensários (Política Estadual e Saúde Pública, 1944). Na época, um deles estava projetado para ser construído em Rio Verde e em 1950 já se encontrava em funcionamento.

Entre as atribuições da Diretoria Geral de Saúde Pública – órgão máximo da saúde pública no estado na época – estavam a orientação, execução, controle e coordenação de todas as atividades estaduais relativas à saúde. Ainda com base nesta entrevista concedida pelo diretor de saúde à *Revista Oeste*, nota-se a preocupação com a qualificação dos funcionários do órgão. Em função disso,

---

continuava trabalhando no hospital na função de coordenador de seu corpo médico, tendo sob sua direção mais de 30 profissionais de diferentes áreas de especialização (Noticiário, 1955).

médicos e servidores daquele departamento estariam se especializando em cursos no Rio de Janeiro e em Goiânia, além de técnicos federais terem sido enviados a Goiás para prestarem auxílio. Com relação às doenças que mais acometiam os goianos na época, além da hanseníase, Aldemar Câmara menciona a malária – cuja parte executiva da campanha no estado havia sido entregue ao Serviço Nacional de Malária – e a doença de Chagas, sobre a qual cogitavam realizar um estudo a respeito (Política Estadual e Saúde Pública, 1944). Alguns centros de puericultura também haviam sido instalados na cidade. Nos anos 50, como se verá mais adiante, tais problemas persistirão, demandando uma ação mais enérgica por parte da Secretaria de Saúde – órgão criado em 1947 em substituição à Diretoria Geral.

Além destas instituições de saúde pública, nos anos 40 assiste-se também à instalação de casas de saúde e clínicas particulares em Goiânia. Nos primeiros anos da cidade, o estado chegou a oferecer subsídios à primeira casa de saúde que ali se instalasse, mas o acordo com o médico Laurindo de Carvalho, que já era dono de um hospital em Campinas, não se concretizou (Freitas, 1999: 276). Entre as instituições pioneiras na cidade estão a Casa de Saúde Dr. Rassi (1942) de Mário da Costa Galvão e Alberto Rassi (irmão de Luiz Rassi cuja trajetória intelectual será destacada no próximo capítulo); o Instituto Médico de Goiânia (de curta existência) dos médicos Simão Carneiro de Mendonça e José Fleury e o Instituto Médico-Cirúrgico de Altamiro de Moura Pacheco. No final dos anos 40 surgiram a Casa de Saúde Dr. Carneiro (de Newton Wiederhecker) e o Hospital Santa Luiza (dirigido por Eduardo Jacobson e considerado o mais moderno, sendo o primeiro a ter um anestesista). Na primeira lista telefônica de Goiânia, datada de 1943, figuravam os nomes de 13 médicos atuando na cidade (Godinho, 2005:87-88)<sup>23</sup>.

Com o fim do Estado Novo, Jerônimo Coimbra Bueno concorreu ao governo do estado e substituiu Pedro Ludovico, assumindo um mandato que se estendeu de

---

<sup>23</sup> Muitos desses médicos dividiam seu tempo entre suas clínicas privadas e o trabalho na Santa Casa de Misericórdia, entre eles Simão Carneiro de Mendonça na parte de clínica cirúrgica e maternidade, Eduardo Jacobson dirigia o Pronto Socorro e José Fleury supervisionava os serviços médicos. Além destes, outros 11 nomes figuravam na lista telefônica, a saber: Nicodemus Alves Pereira, Tuffy Cury, Eduardo Freitas, Luiz da Glória Mendes, José Magalhães Filho, Manso Pereira, Hélio Seixo de Britto, Waldemar da Silva Caldas, José Vital Sócrates, Edilberto da Veiga Jardim e Urbano Vilela – muitos dos quais também atuaram na Santa Casa (Godinho, 2005: 88).

1947 a 1950. No final de 1947 foi criada a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, e por ela passaram alguns médicos como Hélio Seixo de Brito, Olinto Manso Pereira e Agenor de Lima Negrão. Manso Pereira – o primeiro oftalmologista a chegar a Goiânia, em 1942 – teve curta passagem pela secretaria. Permaneceu apenas seis meses no cargo, mas tomou algumas medidas importantes para a saúde pública como a proibição do leite em garrafa e a publicação de uma cartilha com recomendações de saúde (Godinho, 2009). Entre as ações de Lima Negrão destaca-se a criação do Dispensário de Tuberculose do Centro de Saúde de Goiânia em 1948, mas que só começou a funcionar no ano seguinte. Seu afastamento do cargo deixou o dispensário abandonado, passando a funcionar como ambulatório ao invés de dispensário (Relatório das Atividades do Dispensário de Tuberculose do Centro de Saúde de Goiânia durante o ano de 1951, 1952).

Em 1951 iniciou-se mais um governo de Pedro Ludovico Teixeira, dessa vez eleito por via direta, e o médico José Peixoto da Silveira, ao qual me referi mais acima, foi convidado para assumir a Secretaria de Saúde do Estado. Entre as realizações mais importantes deste médico mineiro, que se mudou para Goiás logo depois de formado em 1938, está o Serviço Itinerante de Saúde (SIS). Tal projeto, sobre o qual me deterei mais à frente, visava oferecer assistência médica às regiões mais carentes do estado, especialmente o norte e o nordeste. Com base nos relatórios de atividades desta secretaria encaminhados ao governador, e em algumas publicações de cunho mais biográfico, que compilam documentos que refletem parte de suas atividades enquanto médico e à frente de cargos públicos importantes, consegue-se ter uma boa ideia de sua atuação, bem como da infraestrutura sanitária de Goiás no início dos anos 50.

Ao assumir a Secretaria de Saúde, Peixoto da Silveira – “uma das vigas mestras do esclarecido governo de Pedro Ludovico” (Algumas notas da imprensa – o nosso comentário, 1952) – se empenhou em colocar em funcionamento órgãos de saúde já existentes no estado, mas que por algum motivo estavam com suas funções paralisadas ou funcionando precariamente. Assim, foram contemplados desde o Centro de Saúde da capital até os postos de higiene do interior. O Hospital Geral de Goiânia, por exemplo, uma das iniciativas do governo de Pedro Ludovico

no período em que era interventor nos anos 40, estava com suas obras paradas desde 1945. Este e outros estabelecimentos de saúde, como os hospitais regionais de Jataí e Jaraguá (este último inaugurado juntamente com um Posto de Higiene em 1952), receberiam auxílio financeiro para que suas obras fossem continuadas e/ou finalizadas. Anápolis, Itapací, Porto Nacional e a cidade de Goiás também receberiam verbas para construção de estabelecimentos assistenciais (Atividades da Secretaria de Saúde em 1951, 1952).

Para levar adiante algumas de suas metas, Peixoto da Silveira contou com o intercâmbio de instituições como o Instituto Oswaldo Cruz para o fornecimento de vacinas e produtos biológicos (Atividades da Secretaria de Saúde em 1951, 1952). Tal como Aldemar Câmara enquanto esteve à frente da Diretoria de Saúde Pública nos anos 40, Peixoto da Silveira também demonstrou preocupação com a qualificação de seus funcionários. Assim, uma de suas primeiras medidas foi baixar uma portaria em que convocava alguns deles para frequentar um curso de conhecimentos elementares de estatística (Ofícios e Portarias, 1952). A partir de então poderia contar com funcionários mais capacitados para realizar a apuração dos dados coligidos pela secretaria. Além disso, dada a escassez de profissionais de saúde em todo o território, o secretário de saúde fez circular um ofício entre as prefeituras de Goiás lembrando a conveniência de ser instituída uma bolsa de estudos para enfermeiras, sob a condição de que a beneficiada trabalhasse naquele município por, no mínimo, dois anos após concluir o curso. Outra iniciativa interessante promovida pela secretaria de saúde foi a publicação dos *Arquivos de Saúde Pública*, projeto muito elogiado nos jornais do estado, cuja circulação se iniciou em 1951 e terminou em 1954.

Como mencionado mais acima, a hanseníase permanecia um grave problema de saúde pública. O estado só contava com a Colônia Santa Marta, um dispensário em Goiânia e outro em Rio Verde e um preventório em Goiânia (Agrícola, 1951). Todo o sistema estaria funcionando de forma precária, embora o Serviço Nacional da Lepra (SNL) tivesse destacado dois de seus servidores para chefiá-lo. Como a quantidade de doentes internados na Colônia Santa Marta era bem maior do que sua capacidade fazia-se necessário sua ampliação. Foi firmado, então, um convênio



com o SNL que objetivava não apenas melhoramentos na referida colônia, mas também a montagem de três novos dispensários no interior do estado: em Anápolis, cidade de Goiás e Ipameri – algo que esteve em andamento durante a gestão de Peixoto da Silveira. Ainda como fruto deste convênio, foi criada em 1952 a Superintendência da Profilaxia da Lepra em Goiás. Cabia a este órgão, que funcionou até 1955, intensificar o fichamento de novos doentes, examinar os comunicantes, distribuir medicamentos e proceder ao internamento na Colônia. Para dinamizar suas atividades, dividiu o estado em zonas (em um total de 13) definidas conforme o número de enfermos, a facilidade de vias de acesso, a área a ser trabalhada e sua densidade demográfica<sup>24</sup> (Domenici, 1972).

O problema da tuberculose também era bastante preocupante. Ao iniciar sua administração, Peixoto da Silveira colocou em funcionamento o aparelho de abreugrafia do Centro de Saúde de Goiânia e grande foi o número de tuberculosos descobertos pelo cadastro torácico – embora não houvesse leito para os mesmos permanecerem e se tratarem. Como mencionado mais acima, o Dispensário de Tuberculose do Centro de Saúde de Goiânia havia sido deixado em segundo plano nos últimos anos em função do afastamento de seu idealizador, o antigo secretário de saúde Lima Negrão. Em 1950 sua produção havia sido quase nula e foi numa situação de abandono e descaso que o referido dispensário iniciou suas atividades em 1951. Em vista disso, o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) havia deixado de prestar seu apoio à campanha contra a tuberculose em Goiás, para onde havia planejado inclusive a construção de um hospital sanatório (Relatório das Atividades do Dispensário de Tuberculose do Centro de Saúde de Goiânia durante o ano de 1951, 1952).

Após ser assessorado por Paulo de Moraes Bittencourt, chefe do referido dispensário que lhe entregou ofício indicando os principais problemas e a situação da instituição, Peixoto da Silveira tomou as providências necessárias para retomar o projeto em conjunto com o SNT. Uma grande campanha neste sentido foi

---

<sup>24</sup> Segundo dados de um balanço publicado em 1972 por Rodovalho Mendes Domenici, então ex-funcionário do SNL, este órgão não colheu os resultados que esperava em função das constantes fugas dos doentes, que temiam a internação compulsória, e das dificuldades de reintegração dos egressos do leprosário ao meio social (Domenici, 1972).

promovida pela secretaria de saúde em conjunto com os médicos da Associação Médica de Goiás, da qual Peixoto da Silveira também era membro. Nas páginas dos *Arquivos de Saúde Pública* ficaram registradas as iniciativas para alertar a população sobre a gravidade da doença, inclusive por meio de palestras radiofônicas (Bittencourt, 1952). No entanto, enquanto o moderno sanatório prometido pelo SNT não se concretizava, um abrigo para os doentes que não tinham onde ficar durante o tratamento foi improvisado. Foi nessas condições que o Dispensário de Tuberculose do Centro de Saúde de Goiânia funcionou, pelo menos nos primeiros anos da década de 50. Em 1952 o SNT já tinha autorizado o início das obras de um novo Sanatório em Goiânia, programado para ter 200 leitos.

As campanhas contra a malária e a doença de Chagas foram levadas a cabo por meio de convênio estabelecido com o Serviço Nacional de Malária<sup>25</sup>. Em meados dos anos 40 Aldemar Câmara, então chefe da Diretoria de Saúde do Estado, já confirmava a existência da doença de Chagas em Goiás e cogitava a realização de estudos a respeito, como se viu anteriormente. Na administração de Peixoto da Silveira, a enfermidade “insidiosa e grave” (Silveira, 1981b: 18) já era considerada “de grande incidência no Estado e sem nenhuma medida saneadora até então” (Atividades da Secretaria de Saúde em 1951, 1952: 52). Assim, no convênio firmado com o SNM havia sido adicionada uma cláusula determinando que além do combate à malária se desse início à campanha contra a tripanossomíase (Atividades da Secretaria de Saúde em 1951, 1952).

Embora a assinatura deste convênio em Goiânia tenha se dado apenas em meados de 1953, e contado com a ilustre presença de Mário Pinotti – então diretor do SNM – suas atividades já haviam começado desde setembro de 1951 nas regiões de maior índice epidemiológico. Por meio deste acordo, o Estado se comprometia a contribuir com uma verba destinada à campanha contra o barbeiro (inseto hematófago transmissor da doença de Chagas). A direção dessas campanhas foi entregue a Oswaldo Novis, então chefe do setor Goiás do SNM, e contava com o auxílio de Áttila Gomes de Carvalho (Atividades da Secretaria de Saúde em 1951,

---

<sup>25</sup> Cabe ressaltar que nesta época ainda não havia um serviço exclusivo para tratar dos problemas relativos ao mal chagásico – algo que só acontece com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais em 1956.

1952). O primeiro relatório apresentado pela Secretaria de Saúde ao governador de Goiás, referente às atividades do ano de 1951, já contém dados sobre a aplicação de BHC (inseticida utilizado no combate aos barbeiros).

Com relação à malária, o SNM também já vinha tomando algumas providências. Segundo relatório publicado por este serviço na *Revista Goiana de Medicina*, a vasta extensão territorial, a precariedade dos meios de transporte e outros fatores socioeconômicos teriam levado à adoção de um programa de controle ao invés da erradicação desta doença, possibilitando significativa melhora das condições de vida no campo “reconduzindo o homem doente rapidamente ao trabalho e evitando, na medida do possível, que a endemia venha a assumir proporções graves” (Carvalho, 1956: 31). O programa englobava capturas e expurgos domiciliares (com prioridade para as áreas rurais) e assistência medicamentosa. Dados sobre a aplicação de DDT também já figuram no relatório da Secretaria de Saúde desde o ano de 1951.

Interessante destacar o envolvimento de médicos locais com questões de saúde pública candentes no período, como no caso da própria doença de Chagas. Sobre o tema foi publicado em *O Hospital* um artigo do médico goiano Wilson Mendonça em parceria com José Lima Pedreira de Freitas, médico do Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo, que foi reimpresso nos *Arquivos de Saúde Pública* (Freitas & Mendonça, 1951). O trabalho, que versa sobre a moléstia de Chagas no município goiano de Rio Verde, teria se originado pelo fato de Mendonça ter sido informado da existência de triatomíneos na parte oeste daquele município, onde, por outro lado, com frequência estavam ocorrendo casos de morte súbita. No texto fica claro que embora a doença já tivesse sido identificada em alguns pontos de Goiás, nunca havia sido feita pesquisa mais minuciosa no estado. Por ele percebe-se também que o SNM já vinha atuando desde 1948 na região com aplicação de DDT “embora seja conhecida a pouca eficiência do DDT contra triatomíneos” (Freitas & Mendonça, 1951: 257)<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Trata-se de um trabalho que foi realizado em colaboração com a Divisão do Serviço do Interior do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo e com o auxílio econômico da Prefeitura Municipal de Rio Verde. Este auxílio da prefeitura indica uma preocupação por parte das autoridades que extrapola a questão sanitária e se refere à questão econômica, tendo em vista que desde a década

Além deste panorama bastante amplo de suas realizações, sem dúvida um dos projetos mais interessantes levados a cabo por Peixoto da Silveira foi a instalação do Serviço Itinerante de Saúde (SIS) já em 1951. Diante do cenário da saúde pública no estado, carente de médicos e de infraestrutura para atender a todos os municípios, o secretário de saúde viu neste projeto uma alternativa de contemplar as cidades aonde os braços do governo não chegavam e não havia o mínimo de assistência. Considerado “uma nova experiência em trabalho de assistência e saúde pública” (Silveira, 1981b: 20) a ideia não era original – o próprio secretário de saúde anterior, Lima Negrão, teria tentado implantar este serviço, mas sem o apoio do poder executivo ele não foi à frente.

Para funcionar em Goiás o projeto passou por uma série de modificações e adaptações que determinaram algumas especificidades como, por exemplo, a instalação de unidades de saúde fixas em cada local. Nestas unidades atuaria um guarda de saúde – selecionado no próprio meio e de preferência formado em enfermagem – que seria pago pelas prefeituras (cooperação que Peixoto da Silveira julgava de suma importância). Tal elemento fixo teria atribuição de aplicar vermífugos e vacinas preventivas e fiscalizar permanentemente o estado sanitário local, além de estar encarregado do envio mensal de boletins e relatórios à Secretaria de Saúde para seu controle e bioestatística. A ideia era criar um quadro regular destes profissionais, que além de serem admitidos por concurso, fariam cursos intensivos visando à necessária consciência sanitária e técnica (Silveira, 1981b: 33).

Para levar a cabo este empreendimento, a Secretaria de Saúde contou com dois aviões, dois médicos e um dentista. Unidades rodoviárias e fluviais, segundo o secretário, comporiam futuramente o novo órgão de saúde. No relatório publicado nos *Arquivos de Saúde Pública* de 1953, referente ao balanço do ano anterior, têm-se estatísticas atualizadas sobre este serviço que naquele ano já saía de sua “fase experimental” e vinha funcionando regularmente “apesar das dificuldades de toda

---

de 40 a região sudoeste de Goiás, onde se incluem Rio Verde, Jataí e Itumbiara, se configurava como zona por onde se dava a penetração de frentes pioneiras (movimento demográfico decorrente da construção de Goiânia e da instalação de colônias agrícolas nacionais durante o governo de Getúlio Vargas) Cf. Oliveira, 2010.

ordem que se antolham em empreendimentos dessa natureza, inclusive a de pessoal que resista às agruras do desconforto e das intempéries” (Relatório das atividades da Secretaria de Estado da Saúde em 1952, 1953: 28). Na época já eram 36 unidades de saúde espalhadas pelo norte e nordeste do estado (anexo 02). Tanto empenho pela boa execução deste projeto se dava pela certeza de que ele contribuiria para a tarefa de recuperação do homem sertanejo:

*“(...) O que é preciso é quebrar esse angustioso círculo vicioso da moléstia causando a miséria e da miséria causando a moléstia. Mesmo porque estou convencido de que somente erguendo o nível sanitário de nosso povo, principalmente do trabalhador rural, poderá ele reagir, positivamente, às medidas estimuladoras do aumento da produção e assim contribuir mais e melhor para os cofres públicos” (Silveira, 1981b: 19-20).*

A necessidade de uma iniciativa como essas não se dava apenas pela falta de meios do estado para estender a assistência sanitária até as regiões mais remotas de seu território, mas principalmente pela falta de médicos. Segundo enfatiza Peixoto da Silveira no primeiro relatório encaminhado ao governador, o Estado não contaria com o número necessário de médicos especializados em saúde pública desejosos de prestar serviços em regiões longínquas. E complementa: “nem mesmo médicos não especializados conseguiria o estado em número suficiente para essas regiões” (Atividades da Secretaria da Saúde em 1951, 1952: 41). Em 1952, a quantidade de médicos distribuídos pelo estado era de 228 em 77 municípios, dos quais 28 não contariam com nenhum médico (anexo 03).

Além das unidades de saúde, até o início de 1953 a secretaria havia instalado 16 postos de higiene no interior (seis a mais do que em 1951)<sup>27</sup>. Nestes havia distribuição de vermífugos, injeções para doenças venéreas, vacina contra varíola e antipertússica (contra a coqueluche), imunização contra difteria e febre tifoide, ações relacionadas à higiene infantil, higiene escolar e polícia sanitária (que incluía visita de guardas para inspecionar habitações, estabelecimentos de gêneros alimentícios e verificação de fossas instaladas). A Secretaria de Saúde também mantinha um posto de assistência médica em Vila Nova e outro em Campinas.

<sup>27</sup> Os 16 municípios contemplados com postos de higiene até o início do ano de 1953 eram: Anápolis, cidade de Goiás, Itaberaí, Ipameri, Itumbiara, Jataí, Morrinhos, Porto Nacional, Rio Verde, Catalão, Corumbá de Goiás, Cristalina, Cumarí, Formosa, Jaraguá e Piracanjuba.

Entre as instituições mantidas pelo Estado neste período estão o Hospital Oswaldo Cruz, o Hospital de Alienados (manicômio), a Colônia Santa Marta (que havia passado a órgão integrante do Serviço de Profilaxia da Lepra), o Centro de Tratamento Rápido (exclusivo para portadores de doenças venéreas e que funcionava em prédio anexo ao Hospital Oswaldo Cruz), o Abrigo de Tuberculosos e o Hospital do Pênfigo, cuja construção se iniciou em maio de 1952 (anexo 04).

Ao longo da década de 50 outras instituições públicas foram surgindo, assim como hospitais particulares. Dentre estes últimos destaco o Hospital São Lucas (pertencente a Simão Carneiro de Mendonça, José Camilo Fortunato, Segismundo Melo e Germano Roriz), o Hospital São José, o Hospital Rassi, o Hospital Santa Rosa, a Maternidade Santa Helena (de José Fleury, Francisco da Cunha Bastos e Olímpio Heitor de Paula) e o Instituto Médico-Cirúrgico (sob a direção de Francisco Ludovico de Almeida Neto a partir de 1954) (Godinho, 2005). Muitos destes médicos se envolverão com a organização da sociedade médica local e alguns se destacarão pela participação ativa em prol da constituição de uma comunidade médica organizada em Goiás. Ao longo da tese, destacarei a trajetória de três destes personagens por considerá-los artífices das iniciativas mais significativas para o processo de institucionalização da medicina goiana, no caso, a Associação Médica de Goiás, a *Revista Goiana de Medicina* e a Faculdade de Medicina de Goiás.

Em 1955 Peixoto da Silveira deixou a Secretaria de Saúde e passou a pasta para o médico Irany Alves Ferreira, que atuou neste cargo durante o governo de José Ludovico de Almeida – primo de Pedro Ludovico Teixeira – entre os anos de 1955 e 1959. Ainda durante sua gestão, Goiânia vivenciou um acontecimento marcante não apenas para os médicos da região, mas também para a cidade. Em novembro de 1951 realizou-se o primeiro congresso médico em Goiás. Tratava-se do IV Congresso Médico do Brasil Central e Triângulo Mineiro que pela primeira vez deixava de acontecer em solo mineiro. O evento contou com total apoio do governo e sobre ele versará o próximo capítulo. A citação inicial desta seção, de autoria do prefeito de Goiânia Venerando de Freitas Borges, é parte do discurso que ele proferiu por ocasião deste congresso. Segundo se depreende de suas palavras, embora inaugurada oficialmente há quase dez anos, Goiânia era uma

cidade que ainda gerava expectativas e atraía muitos brasileiros em busca de novas oportunidades. Isso me leva de volta à pergunta que intitula esta seção, inspirada na obra de Guimarães Rosa *Grande Sertão: Veredas*.

Se cidade acaba com sertão, tal como se perguntou Riobaldo, é difícil de responder. Mais fácil opinar sobre o “casamento de amor, quase sem noivado”, ao qual se referiu Gilberto Freyre (1960), entre a planejada cidade de Goiânia e os ásperos sertões de Goiás. Se os primeiros anos foram bastante conturbados e a nova capital parecia desapontar aqueles que haviam depositado nela a solução para corrigir os indomáveis sertões goianos e todos os seus vícios, aos poucos ela foi se consolidando como seu par perfeito. Se, ainda de acordo com Riobaldo, “qualquer amor já é um pouquinho de saúde” (Rosa, 2001: 327), com o passar do tempo a nova capital se fortaleceria como o lócus da saúde em Goiás e se consagraria como núcleo importante de onde partiriam as iniciativas de uma comunidade médica local mais organizada, ciente de sua importância e confiante em um futuro promissor.

## Capítulo 2

### ORIGENS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MEDICINA EM GOIÁS: CONGRESSOS REGIONAIS E UMA SOCIEDADE MÉDICA

As origens do processo de institucionalização da medicina goiana se confundem com a consolidação de Goiânia como nova capital de Goiás entre 1937, ano em que a mudança se efetivou concretamente, e 1942, quando aconteceu o 'batismo cultural' da cidade oficializando sua inauguração. Atraindo inicialmente médicos recém-formados que apostaram nas perspectivas profissionais abertas com a nova cidade, ao chegarem se depararam com um quadro sanitário que não era dos mais favoráveis para uma capital construída a partir de um plano diretor que objetivava modernidade e higiene (Freitas, 1999). Ao iniciarem suas atividades em Goiânia, estes médicos não contavam inicialmente com nenhum órgão oficial que os agregasse. Tais órgãos associativos já eram bastante comuns no país e se encontravam plenamente difundidos pelo território nacional desde o século XIX (Teixeira, 2007). No entanto, em Goiás ele ainda não era uma realidade e só o seria na década de 1950. Teria sido no espaço proporcionado pelos congressos médicos regionais que a ideia de fundar uma entidade associativa médica local surgiu.

Os Congressos Médicos do Triângulo Mineiro (mais tarde agregando a esta denominação 'Brasil Central'), que começaram em 1947 por iniciativa da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba, aos poucos foram se conformando como um espaço de troca intelectual importante entre os médicos que trabalhavam no interior do país. Inicialmente reunindo poucas dezenas de profissionais, logo chegariam a agregar centenas de participantes provenientes não apenas do interior, mas também dos grandes centros como Rio de Janeiro e São Paulo. Os goianos marcaram presença nestes eventos desde suas primeiras edições. Em uma destas, realizada em Uberaba em 1950, teria nascido a ideia de tornar Goiânia a sede da edição seguinte. A organização de um congresso como estes, que no terceiro ano de realização já contabilizava grande número de participantes, demandou dos goianos o seu arranjo em torno de uma associação –



compromisso que foi firmado na assembleia geral constituída ao final daquele certame.

Assim, da ideia de um pequeno grupo de médicos que participou do Congresso Médico do Triângulo Mineiro em Uberaba, e da vontade de trazer para Goiás uma de suas edições, originou-se a Associação Médica de Goiás (AMG). Fundada em 1950, teve sua primeira diretoria empossada em 1951. Seu primeiro presidente foi Luiz Rassi, médico que estava entre os membros daquele evento e que teve papel importante à frente da nova instituição em seus primeiros anos de vida. Reeleito duas vezes como presidente da associação, durante os quatro primeiros anos de sua gestão a sociedade médica se consolidou como espaço legítimo de reunião dos médicos atuantes em Goiás, sendo reconhecida como sua porta-voz junto a entidades médicas de cunho nacional, como a Associação Médica Brasileira, e junto ao governo em suas diferentes esferas. Inicialmente configurada como um projeto dos médicos atuantes em Goiânia, aos poucos ela foi ganhando uma abrangência maior e envolvendo também os médicos de cidades do interior, onde foram fundadas suas sedes regionais. Uma vez consolidada como instituição representativa dos médicos do estado, já nos seus primeiros anos outras propostas começaram a ser debatidas, entre elas, a que preconizava a fundação de uma faculdade de medicina local – aspecto que será considerado no último capítulo desta tese.

Para este capítulo proponho inicialmente abordar os Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central – como logo ficariam conhecidos. Além de tecer uma espécie de histórico de sua organização, aspecto que considero importante para compreender a inserção dos médicos goianos nestes eventos, enfatizo sua importância como espaço privilegiado de intercâmbio intelectual entre os médicos atuantes no interior do Brasil e seus pares dos grandes centros. Com base em alguns autores que tomaram por objeto de pesquisa os congressos científicos, abordo os congressos médicos em questão como um canal importante de circulação de ideias a partir do qual os médicos estabeleciam contatos importantes que culminariam em projetos conjuntos futuros ou mesmo ocasião para estreitar vínculos iniciados durante o período de formação. Oportunidade de

reforçar os laços de identidade e pertença à comunidade médica nacional, estes eventos se constituíram também como ocasiões relevantes para que os médicos do Brasil Central exibissem sua capacidade, competência e liderança em torno de temas caros aos habitantes das zonas rurais, relacionados com as patologias locais.

No total, entre os anos de 1947 e 1965 aconteceram 13 congressos médicos desta natureza e Goiânia sediou dois deles: em 1951 e em 1958. Deles participaram ilustres figuras do cenário médico-científico da época como Mário Pinotti, José Lima Pedreira de Freitas, Emmanuel Dias, Alípio Correia Neto e Samuel Pessoa, por exemplo. O recorte temporal aqui proposto, no entanto, avançará até o último congresso que se realizou antes da fundação da Faculdade de Medicina de Goiás por entender a criação desta instituição como o ápice do processo de institucionalização da medicina goiana. Tendo em vista que os congressos serão analisados principalmente como estratégia dos goianos para obter maior visibilidade para seu trabalho e ampliar seus canais de interlocução, chamando a atenção para a especificidade de sua atuação e seu projeto de instalação de uma escola médica na região, não teria sentido ir além deste recorte. Sendo assim, todas as edições do evento até o ano de 1960 serão abordadas, com ênfase naquelas duas que foram organizadas pelos próprios goianos porque demarcam momentos importantes de sua inserção neste circuito mais amplo da comunidade médica.

Considerados “congresso de uma classe em benefício da coletividade” – segundo estampado nos cartazes do evento que se realizou em Goiânia em 1951 (anexo 05) – estes congressos também se configuraram como excelente oportunidade de diálogo dos goianos com os poderes públicos, principalmente para reivindicar objetivos práticos como assinaturas de convênios para debelar doenças graves na região, construção de hospitais e asilos ou aquisição de verbas para melhorar a assistência sanitária no estado. Por meio da análise dos discursos realizados por ocasião da abertura e encerramento destes congressos, proferidos por prefeitos, governadores e presidentes de associações médicas, e das moções aprovadas nas assembleias gerais, dirigidas às autoridades governamentais e seus representantes à frente de órgãos de saúde, é possível notar seu comprometimento

com os problemas locais. Tais fontes também deixam entrever os interesses políticos que perpassavam o entusiasmo de prefeitos e governadores com o evento, que acabava funcionando também como vitrine para a cidade e o estado que os sediava.

Por fim, analiso a estrutura da Associação Médica de Goiás e suas atividades. Com base nas atas de suas reuniões e na *Revista Goiana de Medicina*, órgão oficial da entidade e que passou a divulgar os eventos por ela promovidos a partir de 1955, acompanharei a forma como os médicos goianos buscaram se consolidar como grupo médico organizado e atuante no estado. Neste sentido, concebida como projeto que levou a uma maior aproximação entre os médicos da capital e aqueles que trabalhavam no interior de Goiás, enfatizarei os caminhos que foram delineando em busca da maior adesão possível ao empreendimento a fim de torná-lo legítimo. Além de se constituir como órgão de defesa dos médicos no estado, função que exercia, por exemplo, ao pleitear um valor mais justo para os honorários médicos e fiscalizar o exercício da medicina, os médicos também atuavam junto às instituições de saúde públicas, das quais muitos deles eram funcionários. Na medida em que o próprio Secretário de Saúde do Estado frequentava suas reuniões e participava ativamente das mesmas, cabe avaliar em que bases estavam estabelecidas as relações entre a associação e os demais órgãos de saúde de Goiás, tendo principalmente em vista que entre os objetivos daquela entidade estavam não apenas a melhora qualitativa da medicina praticada no estado, mas também a melhoria dos níveis de saúde da população.

Uma vez que a história desta sociedade médica é indissociável da trajetória do médico Luiz Rassi, proponho também nesta parte do capítulo destacar a biografia deste que foi seu primeiro presidente e em torno do qual surgiu a ideia de associar os médicos do estado. Os motivos que o levaram a Goiânia são os mesmos de muitos outros médicos que escolheram a nova cidade do Brasil Central para desenvolverem sua atividade profissional. Recém-formado quando ali chegou, atuava profissionalmente na região havia pelo menos três anos quando participou da fundação desta entidade. Ao longo de seus três mandatos à frente da AMG, Rassi vivenciou momentos importantes para o desenvolvimento da medicina na região,

como o lançamento das bases de fundação da faculdade médica local e a realização dos dois congressos médicos sediados em Goiânia, dos quais foi presidente. À frente de um grupo que apenas ensaiava uma organização mais sistemática, Rassi teve papel de peso na condição de uma espécie de líder de um projeto que, com o passar do tempo, foi se mostrando bastante exitoso.

## **2.1. DOS “SERTÕES DA FARINHA PODRE” PARA TODO O BRASIL: OS CONGRESSOS MÉDICOS DO TRIÂNGULO MINEIRO E BRASIL CENTRAL**

“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, estudando, trabalhando e observando com as vistas voltadas permanentemente para o ideal que abraçamos, mostrando-nos como realmente somos – Médicos”.

(Vianna, 1952)

O trecho acima citado corresponde à fala do médico Eduardo Velloso Vianna, então chefe de clínica da Santa Casa de Uberlândia (MG), e foram pronunciadas por ocasião do III Congresso Médico do Brasil Central e V do Triângulo Mineiro que aconteceu em Goiânia entre 07 e 11 de novembro de 1951. Suas palavras são bastante emblemáticas do sentido que adquiriam estes eventos entre os médicos atuantes nas regiões do Brasil Central, em especial, em Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso – estados considerados sedes destes congressos. Apresentando um trabalho sobre hipertensão arterial e oftalmologia perante uma audiência formada por médicos provenientes de várias partes do país, Vianna se justificou ressentindo-se dos “parcos recursos” de que dispunha para focalizar o tema escolhido em função de ser um médico do interior. No entanto, a despeito das dificuldades, segundo o trecho em destaque permite depreender, julgava importante a participação em eventos como este para mostrar que, acima de tudo e tal como os demais presentes, era também um médico.

Ao tecer esta afirmação, Vianna utiliza a primeira pessoa do plural, deixando entrever a identidade que compartilhava com os médicos presentes no evento, fossem estes atuantes no interior ou não. Dessa forma, confirmava seu sentimento de pertença à comunidade médica nacional mais ampla, embora demonstrasse também seu desejo por reconhecimento. Em artigo no qual analisa os congressos científicos sob uma ótica antropológica, Larissa Lomnitz se detém sobre um aspecto destes eventos que se coaduna com a postura assumida pelo médico em questão. Segundo ela, nestes “rituais sociais” – como considera os congressos científicos – a comunidade científica se renovaria e reafirmaria a adesão aos seus princípios mais fundamentais (Lomnitz, 1981: 47). Funcionando 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 sentido de identidade e pertencimento dos cientistas.

Além da hierarquia que configura a estrutura das comunidades científicas em geral, e que neste tipo de evento fica mais visível, chamo a atenção para este aspecto mais particular do processo de ritualização que é o reforço da identidade e do sentimento de pertença. Assim, vejo estes congressos regionais como um canal importante de inserção e expressão para os médicos atuantes no interior do Brasil. Na verdade, mais do que isso. Tais eventos funcionaram como uma espécie de vitrine na qual os médicos sertanejos – como alguns deles se referiam a si próprios – exibiam sua capacidade e competência, buscando igualar-se aos colegas atuantes em outros espaços regionais e de ciência no país. Ao assim procederem, os médicos demonstravam querer estreitar os vínculos com seus pares e reforçar seu pertencimento ao grupo mais amplo, que é a comunidade científica nacional. A própria organização de congressos médicos e a necessidade de torná-los eventos de alto nível já dizem muito sobre essa busca por reconhecimento.

A atitude inferiorizada que muitas vezes assumem estes médicos perante seus pares, materializada nos trabalhos que apresentam e nos discursos que proferem – tal como no trecho citado inicialmente – não combina com esse desejo por reconhecimento que manifestam nestas mesmas ocasiões, desejo este respaldado pela qualidade do trabalho que levavam a cabo nas regiões em que

atuavam. Esta ambiguidade é marca de sua identidade, tal como debatido no primeiro capítulo desta tese. A explicação para isto pode ser buscada na introjeção de imagens historicamente construídas ao longo do tempo e que relacionavam os sertões com uma série de ideias negativas, recaindo sobre seus habitantes a visão pejorativa delas decorrente. Chamo a atenção, no entanto, para o fato de que tal explicação não pretende eliminar as diferenças existentes entre o ambiente em que estes médicos exerciam a medicina e aquele à disposição de seus pares nos centros. Absolutamente. Apenas considero que as dificuldades encontradas 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. Os congressos médicos, espaços privilegiados para o intercâmbio de ideias, informações e experiência, constituem um bom exemplo disso.

Ao estudar a cooperação científica na América Latina, Marta de Almeida toma como objeto de análise os congressos médicos latino-americanos e as exposições de higiene de início do século XX e concebe-os como um movimento mais amplo de intercâmbio científico e de organização do campo profissional da medicina no continente (Almeida, 2006). Tendo em vista que aborda um período em que a prática médica ainda lutava por se constituir como saber oficial, analisa os congressos como estratégia de legitimação e persuasão do conhecimento médico perante a comunidade especializada e autoridades públicas, ou seja, como constitutivos do processo de profissionalização da prática médica. Este não é o caso dos congressos médicos que serão aqui abordados. No entanto, muitas das características relacionadas pela autora são observáveis nestes eventos. Assim como os congressos realizados no início do século, os Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central também se conformaram como um canal importante de circulação de ideias, de troca de informações, de estabelecimento de contatos institucionais e estreitamento de laços pessoais.

Vale destacar que a circulação de ideias no âmbito destes congressos se deu principalmente entre os médicos interessados nas enfermidades 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 uma série de 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 atuantes nos grandes centros que estavam interessados nestas questões. Um bom exemplo dessa aliança estabelecida entre os médicos atuantes no centro e aqueles da periferia está no trabalho de Simone Kropf (2009), no qual ela destaca o valor das pesquisas sobre a doença de Chagas desenvolvidas pelos médicos atuantes no interior no processo de convencimento a respeito de sua importância médico-social.

Embora esta enfermidade se configure, de fato, como uma das maiores preocupações dos médicos em questão ao longo de todas as edições destes congressos, e tenha uma importância fundamental sobre o processo de institucionalização da medicina goiana como se verá mais adiante, outros problemas sanitários também preocupavam estes médicos e demandaram sua atenção. Aproveitando o espaço estimulante de troca de ideias e a possibilidade de ter como interlocutores representantes do governo, os médicos do interior alertavam sobre esta e outras doenças endêmicas na região, requeriam ações mais efetivas de combate às mesmas e esperavam assinar convênios que objetivassem debelar alguns dos males por eles apontados. A maior ou menor 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.

Levando em conta o recorte temporal acima definido, que considerará os congressos desde sua primeira edição em 1947 até 1960, este capítulo priorizará os projetos políticos destinados ao interior do Brasil, ligados à saúde pública, levados a cabo pelos governos de Getúlio Vargas (30-45/ 51-54), Eurico Gaspar Dutra (46-51) e Juscelino Kubitschek (56-60). Deste modo, além de facilitar o entendimento acerca das instituições governamentais que se faziam representar

nestas ocasiões, será possível também compreender o interesse com que ministros e diretores de serviços nacionais de saúde acorriam a estes certames, bem como as moções a eles encaminhadas ao final dos eventos. A relevância que o tema das endemias rurais assumiu ao longo dos governos aqui considerados possui estreita relação com o êxito destes congressos médicos regionais.

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 um Departamento Nacional de Saúde Pública como seu órgão máximo na área. Dentro dele funcionava uma 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<sup>28</sup>. Com Gustavo Capanema à frente deste novo ministério, algumas mudanças importantes aconteceriam. Movido por um projeto político-ideológico centralizador, condizente com os princípios que norteavam a administração varguista e seu ideal de modernização nacional, 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). À frente deste departamento, o médico João de Barros Barreto consolidaria o modelo vertical de ações de saúde, baseado em políticas de teor campanhista e centralizador, voltadas para problemas sanitários específicos, em especial, as doenças transmissíveis, que então grassavam endemicamente nas áreas rurais (Hochman, 2001; Lima, Hochman & Fonseca, 2005).

---

<sup>28</sup> O movimento em prol do saneamento rural atuou como importante elemento de pressão sobre o Estado na segunda década do século XX, desencadeando importante mudança nas formas de se pensar a identidade nacional brasileira. Mobilizando boa parte da elite intelectual e política do Brasil, a partir da divulgação das péssimas condições de vida, a doença e o abandono em que vivia o homem sertanejo, este movimento apontava como causa destes problemas o descaso do poder público, cuja autoridade não se impunha no interior. Como solução indicava a necessidade de uma reforma sanitária de grandes proporções, o que subentendia uma atuação mais enérgica do governo nesta área. Motivou, portanto, 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 finalmente, de um Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920 (Castro Santos, 1980; 1985; Hochman, 1993; 1998; 2001; Lima & Hochman, 1996; 2000; 2004).



A partir da Reforma Capanema<sup>29</sup> de 1937 o poder público procurou se fortalecer nas regiões mais remotas do território nacional através das novas agências estatais então criadas. Organizadas em prol da maior centralização do poder executivo, em detrimento dos municípios e poderes oligárquicos locais, 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 de saúde aconteceu em 1941, a partir de uma nova reforma, dessa vez empreendida por Barreto, então diretor do DNS. Através desta, estruturou-se o sistema verticalizado das ações sanitárias, correspondendo cada serviço nacional a uma doença específica, entre elas lepra, malária, febre amarela e tuberculose – modelo que figurou até o início das atividades do Departamento Nacional de Endemias Rurais em 1956, no âmbito do governo de Juscelino Kubitschek.

Cabe ressaltar que 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. Deste setor 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 e, portanto, deixar de lado o meio rural era descuidar também do setor urbano (Mendonça, 1985). 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 e trabalho, estão as colônias agrícolas e a política de ‘Marcha para o Oeste’. Figurando como tentativa de promover a ocupação ordenada dos sertões do Brasil, conter o êxodo rural, estimular o setor agrário-exportador e ampliar o mercado interno, tais medidas também demandavam investimentos na área do saneamento rural e justificavam o modelo de saúde pública implementado (Moreira, 2003).

---

<sup>29</sup> Através da criação das novas agências estatais a partir desta reforma, é possível perceber a manutenção de uma agenda sanitária rural, mais voltada para as medidas preventivas do que médico-curativas, as quais teriam ficado a cargo dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cujas políticas assistenciais estavam ligadas ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), também criado em 1930 (Hochman & Fonseca, 1999: 89-90).

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 uma vez que minimizavam as perdas de grandes contingentes de soldados decorrentes de algumas 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 toda a sociedade. Uma vez que constituíam grandes promessas contra incontáveis doenças como, por exemplo, a malária e a febre amarela – duas das maiores preocupações no Brasil – alguns destes produtos tiveram seu uso intensificado nas campanhas promovidas pelo Ministério da Educação e Saúde através dos serviços nacionais.

O clima de ‘otimismo sanitário’ (Garret, 1995), que chegou ao ápice com o final da II Guerra Mundial provocado pelo sucesso de inúmeras descobertas médico-científicas, estimulou em alguns sanitaristas, especialmente no Brasil, a crença de que a partir de então 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 empenharem na luta contra os triatomíneos – insetos transmissores da doença de Chagas popularmente conhecidos como barbeiros. Enfermidade considerada símbolo dos médicos Brasil Central segundo Kropf (2009), teria lugar reservado na pauta de todas as edições dos congressos médicos realizados no interior do país, chamando a atenção como questão que deveria ser observada mais cuidadosamente pelos poderes públicos federais por conta de sua endemicidade na região.

Este clima de otimismo, somado à ameaça de recessão do ambiente pós-guerra, contribuiu para um discurso que colocou a saúde no centro do debate que considerava o desenvolvimento como a solução para todos os problemas. A criação da Organização Mundial da Saúde em 1948 exemplifica bem a posição de destaque assumida pela questão sanitária no cenário mundial (Lima, Hochman & Fonseca,

2005: 47). A partir de então, a relação entre saúde e desenvolvimento passou a ser sistematizada em pronunciamentos e conferências internacionais, concluindo-se que a promoção de medidas de cunho sanitário poderia contribuir para alavancar o desenvolvimento. Entre as medidas tomadas com base nesta relação estão os programas de controle e erradicação de doenças, principalmente as tropicais. O combate à malária foi privilegiado e ganhou um Programa de Erradicação Global na década de 50 (Silva, 2008b). No Brasil, esta relação entre economia e saúde também foi discutida, bem como a questão da superação do subdesenvolvimento, enfatizando-se o combate às endemias rurais como melhor solução para superar os entraves ao desenvolvimento nacional.

É no bojo destas transformações que acontece o I Congresso Médico do Triângulo Mineiro, região então conhecida como ‘celeiro do Brasil’. Considerado um divisor de águas na história da medicina (Porto & Porto, 1970), constituiu-se como iniciativa da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba (MG), cidade que sediou o evento em dezembro de 1947. De acordo com Peixoto da Silveira, em breve histórico traçado a respeito destes congressos, esta primeira edição contou com apenas 40 participantes – um deles goiano – e teve entre os temas abordados problemas que eram bastante comuns na região do Brasil Central tais como a hanseníase, a tuberculose, a doença de Chagas e o megaesôfago (III CMBCTM - ligeiros dados históricos, 1951: 06). Sintetizam os médicos de Araguaí Calil Porto e Celmo Celeno Porto, respectivamente pai e filho, em artigo sobre estes congressos:

*“(...) Pela primeira vez, médicos do Brasil Central se arregimentaram num congresso desta natureza. Os congressistas não eram muitos e nem todos configuravam grandeza na medicina oficial indígena. Não eram esplendentes de juventude, eram entrados ou entrando na quarta década da vida. E eram médicos do interior. Todavia, seu papel histórico na evolução da medicina tropical possui uma significação que não pode ser minimizada (...)”* (Porto & Porto, 1970: 117).

Em setembro de 1948 aconteceu o II Congresso Médico do Triângulo Mineiro, com sede em Uberlândia (MG) e sob os auspícios da sociedade médica

local. Tendo em vista a bem-sucedida edição anterior, e um serviço de propaganda mais eficiente, este congresso teve uma frequência maior, não apenas de médicos do Brasil Central, mas de todo o país. Dessa vez, maior número de goianos acorreu ao evento, ao contrário do que tinha acontecido no ano anterior quando o estado contou com apenas um representante. Configurando-se como uma constante nestes congressos, entre os principais temas abordados estiveram mais uma vez o megasôfago, sobre o qual Virgílio Mineiro, médico daquela cidade, apresentou elevada estatística, e a doença de Chagas, na qual se deteve Miron de Menezes, também médico de Uberlândia. Tratava-se de doenças que estavam entre as que mais acometiam os habitantes da região, segundo estes autores (Mineiro, 1958; Menezes, 1949). No ano seguinte, em novembro de 1949, aconteceu aquele que seria denominado III Congresso Médico do Triângulo Mineiro e I do Brasil Central, segundo resolução tomada no âmbito da assembleia geral de encerramento dos trabalhos do mesmo. Sediado em Araxá (MG), teria sido sugestão da própria sociedade médica daquela cidade a modificação de sua designação.

O congresso realizado em Araxá teria sido um enorme sucesso e teria atraído inclusive médicos estrangeiros (III CMBCTM - ligeiros dados históricos, 1951: 07; Porto & Porto, 1970: 123; Silveira, 1981: 69). Goiás foi representado por uma delegação de 10 membros chefiada pelo então secretário de saúde Frederico Nunes da Silva. José Peixoto da Silveira, um dos membros desta delegação, falou em nome dos médicos goianos no dia da instalação do congresso. Emmanuel Dias, médico que à frente do Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas, um posto avançado de pesquisas do Instituto Oswaldo Cruz em Bambuí (Minas Gerais) seria um grande divulgador da importância médico-social da enfermidade chagásica, participou do evento proferindo uma conferência intitulada “Considerações sobre a doença de Chagas” (Dias, 1949). Kropf analisa este trabalho de Dias e mostra como ele lançou mão de dados colhidos por alguns médicos do interior para construir seus argumentos, o que evidenciava a aliança com eles estabelecida em prol do combate à doença<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Como um dos resultados da participação de Dias neste congresso, uma moção teria sido encaminhada ao Ministro da Saúde Clemente Mariani, alertando para a gravidade do problema que representava a doença de Chagas e pedindo providências a respeito. Um mês depois começaram os

Em novembro de 1950, o evento voltou a ser sediado em sua cidade de origem – Uberaba. Tendo atraído grande número de participantes, mais uma vez contou com a participação de estrangeiros, entre eles o cirurgião Oscar Ivanisseviche, que atuou como Ministro da Educação do governo argentino entre 1948 e 1950. A delegação oficial de Goiás estava composta por cinco membros, entre eles Peixoto da Silveira, que assumiria em janeiro de 1951 o cargo de Secretário de Saúde do Estado. Como um dos temas oficiais figurou novamente o megaesôfago, relatado por Sabino Vieira de Freitas Júnior, presidente da sociedade médica local. Assim como Virgílio Mineiro no congresso de 1948, nesta conferência Freitas Júnior apresentou uma elevada casuística – dois mil casos de megaesôfago – proveniente dos pacientes que atendeu ao longo de 14 anos como médico do interior. Estes dados surpreenderam os médicos paulistas presentes, em especial Alípio Correa Netto, catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e comentarista oficial do tema (Porto & Porto, 1970: 124). Sobre o problema se pronunciaram também outros médicos, que começavam a questionar teorias até então plenamente aceitas e suspeitar da possibilidade da etiologia chagásica do megaesôfago<sup>31</sup>.

Esta edição do congresso foi marcante para os médicos de Goiás porque foi nela que se decidiu pela cidade de Goiânia como sede do congresso no ano seguinte. Para tanto, destaca Peixoto da Silveira, a “atuação diplomática” da delegação de Goiás composta na ocasião pelos médicos Luiz Rassi, Rodovalho Mendes Domenici, Aldemar de Andrade Câmara e Allyrio Furtado Nunes, teria sido fundamental (III CMBCTM - ligeiros dados históricos, 1951: 08). Estes médicos teriam convencido os demais de que a capital de Goiás deveria ser escolhida em detrimento de outras cidades mineiras e paulistas. Rassi conta em depoimento que, uma vez aprovada a proposta, os médicos goianos assumiram o compromisso de criar uma entidade que reunisse os médicos do estado (Morais, 2009). Dessa

---

expurgos experimentais contra os barbeiros na cidade de Uberaba, inicialmente como ensaios, visando uma campanha de maiores proporções. Para maiores detalhes Cf. Kropf, 2009: p.434-435.

31 A questão da etiologia chagásica do megaesôfago é cara a esta tese e sobre ela me deterei com maior profundidade no próximo capítulo. Uma vez que os médicos goianos tiveram uma participação importante sobre estes questionamentos, contribuindo para a definição de uma nova forma clínica da doença de Chagas, em especial o médico Joffre Marcondes de Rezende, optei por analisar a questão no capítulo em que me debruço sobre sua trajetória.

necessidade e da vontade coletiva de um pequeno grupo de médicos atuantes em Goiânia teria surgido, então, a Associação Médica de Goiás (AMG), sobre a qual versará a próxima seção deste capítulo.

O I Congresso da AMG, como ficou conhecido o V Congresso Médico do Triângulo Mineiro e III do Brasil Central a partir de decisão da assembleia ao final do evento, foi importante não apenas para o grupo de médicos goianos que então iniciava sua conformação, mas também para aquela que era então conhecida como a “capital caçula” do país – Goiânia. Segundo o *Jornal de Aragarí* o referido congresso teria significado o “batismo científico” da cidade, sendo a primeira vez que o governo local patrocinava um evento como aquele (Ecos do III CMBCTM, 1952: 29). A revista *Arquivos de Saúde Pública*, editada pela Secretaria de Saúde do Estado e que tinha como diretor o próprio secretário de saúde Peixoto da Silveira, teve seu segundo número totalmente dedicado ao evento. Constituído-se como a primeira publicação do gênero no estado, começou a circular no mesmo ano em que se realizou o referido congresso. Tendo em vista que traz em seu bojo uma série de informações a respeito do evento, constituirá uma das fontes principais a embasar a análise a seguir, à qual se somarão os depoimentos de alguns médicos goianos e as atas das reuniões da AMG.

É possível captar um pouco da atmosfera de tensão e entusiasmo que pairou sobre os médicos goianos no período que antecedeu a realização do congresso médico em Goiânia. Através das atas das reuniões da AMG, cuja diretoria havia sido empossada no início daquele ano, percebe-se toda a movimentação e o engajamento dos médicos para tornar aquela oportunidade um marco na história da medicina local. Neste sentido, notam-se os esforços empregados para conciliar as datas do evento com as agendas de médicos ilustres como Mário Pinotti, então diretor do Serviço Nacional de Malária, que havia sido convidado para proferir uma conferência no congresso. Inúmeros convites foram enviados a médicos de várias partes do Brasil para participarem do evento, excursões foram feitas pelos goianos às cidades do interior de Minas Gerais e São Paulo para obter a adesão do maior número possível de participantes para o congresso, buscou-se auxílio financeiro (inclusive entre as prefeituras do interior do estado, a cujo apelo

somente uma cidade atendeu) e a propaganda sobre o evento via rádio e jornais deu maior publicidade ao mesmo. De acordo com Luiz Rassi, o clima geral era de muita apreensão, tendo em vista a falta de infraestrutura adequada tanto para realização do evento quanto para hospedagem, o que redundou, por exemplo, no improvisado uso de alas de hospitais recém-inaugurados como quartos (Morais, 2009; Luiz Rassi, 2006, fita A/lado B) <sup>32</sup>.

Para dar conta de tantas tarefas, a AMG dividiu seus associados em algumas comissões responsáveis por diferentes aspectos do congresso, como por exemplo, a Comissão de Propaganda e Redação, a Comissão de Temas e a Comissão de Recepção e Hospedagem – esta última responsável também pelo programa de festas do congresso. Nos meses de setembro e outubro, imediatamente anteriores ao evento, o presidente da associação apelava para que seus colegas “se empregassem mais a fundo nos trabalhos do Congresso” (ata da 37ª sessão – 16/10/1951) a fim de que fosse “esse conclave uma demonstração de nossa capacidade de organização” (ata da 38ª sessão – 23/10/1951). Nessas reuniões periódicas discutiu-se também a necessidade de requerer das autoridades competentes uma série de melhorias para a cidade, como a iluminação de avenidas e ruas centrais e de espaços próximos ao aeroporto local. O apoio por parte do governo de Pedro Ludovico Teixeira viria não apenas com sua presença, prestigiando o congresso, mas também com verbas, aprovadas pela Assembleia Legislativa, no valor de Cr\$ 150.000,00.

Além da subvenção oficial do Estado, os médicos goianos contaram também com auxílio proveniente da prefeitura de Goiânia (que apoiou o congresso com Cr\$50.000,00) e com o apoio financeiro de inúmeros laboratórios da indústria farmacêutica, devidamente relacionados nos *Arquivos de Saúde Pública* (III CMBCTM - notas do importante conclave científico em Goiânia, 1951: 22). Tudo isso, somado à contribuição dos próprios congressistas, cobriu não apenas os gastos com a organização do evento, mas também com a hospedagem de todos os participantes, em torno de 250 (III CMBCTM - notas do importante conclave científico em Goiânia, 1951: 25). Segundo nota da imprensa, nenhum congressista

---

<sup>32</sup> Daqui em diante adoto a seguinte referência para este depoimento: LR, 2006, número/lado da fita.

teve qualquer ônus com sua permanência em Goiânia - todas as despesas teriam sido pagas pela tesouraria do Congresso (III CMBCTM - notas do importante conclave científico em Goiânia, 1951: 30).

Um aspecto que fica bastante nítido por meio das fontes é o significado que teve o evento para a região como um todo. Embora contando com uma capital recém-inaugurada, Goiás ainda era percebido segundo a imagem negativa dos sertões do país – muito forte entre aqueles que não conheciam o Brasil Central. Um conclave desse porte se configurava como a oportunidade de mudar essa visão, que então e durante muito tempo ainda permearia o imaginário nacional. As palavras proferidas por Peixoto da Silveira em uma das sessões da AMG é bastante emblemática neste sentido. Ao trazer à tona a questão das datas do congresso, que parecia ainda em aberto, o então Secretário de Saúde do Estado se manifestou pedindo o adiamento do mesmo em função de um aspecto bastante peculiar que ficou registrado em ata:

*“(...) O colega Peixoto solicitou adiamento do Congresso em vista de autoridades federais de saúde e inúmeros médicos do Rio se encontrarem impossibilitados de assisti-lo devido à coincidência de datas com os de Porto Alegre, Recife e Belo Horizonte, frisando que além da finalidade médico social do certame, oferece oportunidade de despertar o interesse por parte dos S. Federais de Saúde e tornar mais conhecido o Estado que infelizmente é tido como habitado por índios por muitas autoridades, ignorância essa revoltante mas que existe muito difundida. Propõe que se adie o Congresso para oferecer a muitos colegas e autoridades sanitárias de outros estados a chance de conhecer Goiás, proposta esta que foi rejeitada, depois de amplamente debatida (...). (ata da 36ª sessão – 10/1951).*

Nos discursos proferidos por ocasião da abertura do congresso, oficializado pelo governador de Goiás no decreto no. 159 do dia 13/07/1951, este significado adquirido pelo evento, qual seja, o de promoção do Estado exibindo suas qualidades e a capacidade dos goianos tomando como exemplo a nova capital, fica bastante claro. Na solenidade de abertura, que se realizou no Cine Teatro de Goiânia, falaram entre outros, o governador Pedro Ludovico Teixeira e o prefeito de Goiânia Venerando de Freitas Borges. Vale a transcrição de um trecho do discurso de Ludovico Teixeira, que após comentar os avanços da medicina e sua



experiência pessoal como médico local, sugeriu que o trabalhador do campo possuísse os mesmos direitos aos cuidados com a saúde oferecidos aos trabalhadores das cidades, principalmente tendo em vista o fato de a economia do país estar assentada sobre a agricultura. Elencou, inicialmente, uma série de qualidades do estado:

*“(...) A vossa vinda à nossa terra, como já fiz ver, é de grande importância não só para a classe médica que aqui vive, como para outros ramos das nossas atividades. Nestes dias que passais conosco, podeis observar as nossas possibilidades, em outros sentidos que não o científico. Podeis fazer um prognóstico do nosso futuro, diante do que se vos apresenta no momento. Por esta cidade jovem, que tem somente 15 anos de existência, e cuja vitalidade está bem patente aos vossos olhos, poderei aquilatar da nossa potencialidade. Goiânia está situada em uma das melhores regiões do nosso Estado. Nas suas proximidades existem florestas de 1ª qualidade, que se estendem para o Norte e para o Nordeste em uma vasta extensão, ocupando uma superfície de mais de 30 mil quilômetros quadrados. Estas matas são próprias para o cultivo de todos os cereais, do algodão, do café, da cana de açúcar etc. Os seus claros, abertos pelas mãos do homem, são transformados em invernadas de forragens que se destinam à criação de gado de qualquer espécie. No reino mineral, somos dadivosamente aquinhoados pela Natureza. Temos ouro, ferro, níquel, cristal de rocha e outros minérios em abundância. De sorte que, informados destes nossos recursos naturais, voltareis às outras regiões do Brasil em que residis, dizendo aos nossos irmãos que não nos conhecem ou nos conhecem mal, que há neste Centro-Oeste do nosso país condições mui favoráveis para aqueles que desejam trabalhar e produzir (...)” (Discursos proferidos durante o Congresso, 1951: 27).*

Enfim, o que quero destacar são os múltiplos significados assumidos pelo evento médico em questão, que não apenas funcionou como vitrine para o trabalho dos médicos locais, mas também para os líderes políticos da região – aspecto que eu não poderia deixar de considerar porque é latente nas fontes. Reunindo número bastante expressivo de participantes para um congresso de âmbito regional, nele estavam presentes não apenas médicos advindos de Minas Gerais, São Paulo, Mato Grosso, Paraná e Rio de Janeiro (III CMBCTM - notas do importante conclave científico em Goiânia, 1951: 18-21), mas também chefes de governo de diferentes estados e representantes de instituições de saúde a nível federal, como Mário Pinotti e Ernani Agrícola, respectivamente diretores dos serviços nacionais de

malária e lepra. Tendo em vista a ampla audiência e a repercussão que o evento teria, Ludovico Teixeira não desperdiçou a oportunidade de chamar 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 pronunciado pelo prefeito Freitas Borges, embora mais curto e focado na exaltação da figura do governador e nas maravilhas da cidade que administrava (Discursos proferidos durante o Congresso, 1951: 23-24).

Entre temas oficiais, de colaboração e livres foram apresentados 45 trabalhos. O acesso a uma parte destes trabalhos é possível tendo em vista que muitos deles foram publicados na revista editada pela Secretaria de Saúde do Estado, à qual me referi anteriormente. Segundo nota dos editores, entre os trabalhos apresentados só seriam publicados aqueles cujo tema tivesse alguma relação com as atividades médico-sanitárias da secretaria (III CMBCTM - notas do importante conclave científico em Goiânia, 1951: 09). Entre eles estão os trabalhos que configuraram temas oficiais, isto é, temas previamente escolhidos pelas sociedades médicas envolvidas diretamente na organização do congresso.

Assim sendo, mais uma vez os problemas abordados foram justamente aqueles de maior incidência na região: megaesôfago, bócio endêmico, doença de Chagas e hanseníase. Como relatores destes temas foram convidados Alípio Correa Neto (além de catedrático de clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina da USP, na ocasião era também 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 (Diretor do Serviço Nacional da Lepra), respectivamente. Ao final do congresso os médicos se reuniram em sessão plenária para aprovação de resoluções e moções, algumas delas relacionadas diretamente com as questões de saúde abordadas nestas sessões temáticas especiais.

Entre as resoluções aprovadas destacam-se a que escolheu a cidade de Araguaí para a sede do congresso no ano seguinte – que não se realizaria – e a que preconizava um regulamento para as próximas edições do evento com o objetivo

de assegurar a uniformidade na sua organização<sup>33</sup>. As moções aprovadas se dividiram em ‘moções de aplauso’, ‘moções com voto de louvor’ e ‘moções com diversas finalidades’. As primeiras serviam para agradecer a algumas personalidades presentes, entre médicos e governantes, pelo apoio moral e material prestado, parabenizavam algumas iniciativas como a do Serviço Itinerante de Saúde (projeto da Secretaria de Saúde de Goiás abordada no capítulo anterior) e exaltavam convênios celebrados com o estado, como, por exemplo, o que havia sido assinado com o Diretor do Serviço Nacional de Lepra, Ernani Agrícola, e com o Diretor do Serviço Nacional da Malária, Mario Pinotti. Esta última moção cumprimentava Pinotti e Oswaldo Novis, diretor do Setor Goiás daquele serviço, pela atuação eficiente de ambos na campanha contra a malária e doença de Chagas. Uma das ‘moções com voto de louvor’ foi dedicada à comissão organizadora do V Congresso Médico do Triângulo Mineiro e III do Brasil Central.

Entre as ‘moções com diversas finalidades’, que conformaram um total de oito, destaco algumas. A primeira apoiava a iniciativa da AMG na defesa dos médicos no que dizia respeito a melhores salários para aqueles que eram funcionários públicos. Em seguida há uma moção dirigida ao Congresso Nacional, pedindo urgência para a votação da lei que mandava instituir a iodação do sal de cozinha nas próprias salinas em todo o sal destinado às várias regiões do país. Essa medida objetivava combater o problema do bócio endêmico no Brasil, enfermidade caracterizada pela disfunção da glândula tireoidiana em função da deficiência de iodo<sup>34</sup>. Relacionada a esta, outra moção encaminhada ao governador de Goiás

---

<sup>33</sup> As normas estabelecidas versavam sobre a forma correta de designar o congresso, o período de sua realização, escolha de sede e patrocínio, escolha de temas, relatores, comentaristas e conferencistas, tempo de exposição, etc. No que se refere à definição do programa, estipulou-se que os temas oficiais seriam sempre em número de quatro, sendo um de clínica médica, um de clínica cirúrgica, um de medicina especializada e outro de assunto médico-social. No entanto, nem sempre as normas foram obedecidas (III CMBCTM - notas do importante conclave científico em Goiânia, 1951: 16).

<sup>34</sup> Segundo depoimento de Rassi, a erradicação do bócio atualmente no país se deve à pressão dos médicos do interior por medidas como aquela, materializada na moção ao Congresso Nacional (LR, 2006, fita 01/lado A). 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). Com a eficácia comprovada dessa intervenção nutricional, em 1953 foi promulgada a primeira lei obrigando a iodação do sal para consumo humano. Cf. Pontes et al., 2009; LR, 2006, fita 01/lado B). No entanto, segundo artigo de Fernando Araújo sobre o bócio endêmico, teria sido somente no governo de Juscelino Kubitschek, em 1956, que a obrigatoriedade da adição do iodo ao sal saiu finalmente do papel (Araújo, 2004: 133).

encarecia a urgência de se levar a cabo um inquérito sobre a incidência do bócio no estado. Ao abordar o tema oficial do bócio endêmico no congresso, Ribeiro dos Santos, médico que havia sido convidado para tratar do assunto, já havia mencionado a importância de iniciativas como estas:

*“(...) A inclusão deste assunto no temário do III Congresso Médico do Brasil Central e V do Triângulo, faz a Comissão que o escolheu, merecedora de aplausos, dada a importância do bócio entre nós. Todavia, não tem ainda, infelizmente, sido dado a esta entidade o destaque que a mesma merece, em vista da extensão com que se apresenta nos nossos meios urbanos e rurais (...) Atualmente acha-se em trânsito pelo Congresso Nacional um projeto de lei instituindo a iodetação [sic] do sal destinado a consumo em regiões de bócio. Sua execução, se chegar a ser aprovada, dependerá do conhecimento exato destas regiões, por meio de um levantamento sistemático da incidência do bócio endêmico em todo o país. O empreendimento é árduo e os obstáculos de ordem técnica e, mais ainda, os interesses em jogo, aí estão para dificultar e retardar uma medida que o Brasil reclama pelos brados de seus médicos, seus sanitaristas e seus sociólogos e que já deveria de há muito ter sido posta em prática (...)”* (Santos, 1952: 43).

Outra moção destinada ao governador Ludovico Teixeira e ao Secretário de Saúde Peixoto da Silveira dizia respeito à importância de se confeccionar um manual de rudimentos de higiene a fim de que as professoras primárias, de posse do mesmo, pudessem ministrar aqueles conhecimentos a seus alunos, sugerindo ainda que fossem os mesmo recomendados, em portaria, pelo secretário de educação. Chama a atenção também a moção dirigida ao Presidente da República, na ocasião Getúlio Vargas, para que fosse concretizado o projeto de interiorização da capital federal<sup>35</sup>.

Enfim, os temas considerados como importantes, ou seja, dignos de configurarem moções a serem encaminhadas aos representantes do governo e mesmo ao próprio Presidente, demonstram a preocupação dos médicos com questões basicamente relacionadas com a saúde local. A questão do bócio

---

<sup>35</sup> 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 em 1953. Suas conclusões embasariam a escolha da região onde hoje está situada Brasília. Para maiores informações Cf. Vieira, 2007; Vieira, 2009.

endêmico, da hanseníase, da doença de Chagas e do manual de higiene que deveria ser confeccionado e distribuído entre as professoras primárias, são bastante eloquentes neste sentido. 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 BHC em municípios do interior como medida para combater a doença de Chagas, como se viu no capítulo anterior, foi decorrente das resoluções tomadas durante este congresso (Atividades da Secretaria de Saúde em 1951, 1952: 52; Relatório das atividades da Secretaria de Estado da Saúde em 1952, 1953: 50).

Como cerimônia bastante emblemática, no “banquete de conagração da classe médica” por ocasião do encerramento do evento, foi feita a entrega de diplomas de sócios beneméritos e sócios honorários. Luiz Rassi, como presidente da AMG, fez a entrega dos diplomas de sócio benemérito ao prefeito de Goiânia e ao governador de Goiás. Em seguida, 31 congressistas foram distinguidos com os 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 (professor da Faculdade Nacional de Medicina e 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 exatos que nortearam a escolha dos nomes, percebe-se que os médicos laureados constituíam personagens importantes do meio médico nacional, atuantes nos grandes centros de ciência do país (anexo 06).

Retomando a ideia dos congressos científicos como grandes rituais, segundo reflexão feita inicialmente, a cerimônia que deu por encerrado o congresso funcionou também como ritual de consagração de hierarquias e de reafirmação dos laços de pertencimento dos médicos do interior à mesma comunidade médica

da qual faziam parte os grandes nomes que ali estavam sendo homenageados. Laços estes que foram reforçados durante todo o evento, como sintetizam as palavras do governador de Mato Grosso, o médico Fernando Corrêa da Costa, na sessão de abertura do congresso:

*“(...) Já foi dito, e com acertada razão, que a obra de Oswaldo Cruz completou ou mesmo restaurou a do Visconde de Cairú, que abriu ao mundo civilizado as portas marítimas do Brasil, pois, ao passo que o ato do Ministro da Coroa dava acesso aos navios estrangeiros para o intercâmbio comercial, ainda subsistiu, durante um século inteiro, o pavor da febre amarela a afugentar ou quase impedir o ingresso daqueles que desejavam mais amplas relações com o Brasil. Não seria aqui demais dizermos agora que, incumbidos assim de ferir os destinos de três Estados centrais, nós, na qualidade de médicos, seremos, numa dialética da história nacional, continuadores da obra saneadora e fecunda do sábio de Manguinhos, senão naquele sentido internacional, porém no sentido não menos importante e civilizador, que é o soerguimento do nível da vida popular em função de uma campanha educacional (...)”* (Discursos proferidos durante o Congresso, 1951: 29).

Correa da Costa insere os médicos do interior na história da ciência nacional, personificada na figura de Oswaldo Cruz, tanto na posição de herdeiros como de autores dessa história. O congresso que havia chegado ao fim, além de reforçar este sentimento de pertença dos médicos do Brasil Central à comunidade médica nacional, configurou oportunidade privilegiada para abordar temas candentes da saúde pública nacional, mostrar às autoridades governamentais e a grandes personagens da medicina brasileira a relevância dos temas tratados e até certa originalidade na abordagem dos mesmos, como se veria no caso da associação entre megaesôfago e doença de Chagas. Assim como nas edições anteriores, os médicos do interior aproveitaram esta ocasião para fortalecer o intercâmbio com seus pares e vocalizar suas demandas relacionadas a problemas específicos da região, diante dos quais se colocavam como profundos conhecedores.

A edição do congresso que se realizaria em Aragarí em 1952, por motivos desconhecidos, não se realizou. No ano seguinte, o VI Congresso Médico do Triângulo Mineiro e Brasil Central aconteceu em Araxá e, segundo Porto & Porto,

médicos provenientes de São Paulo e Belo Horizonte, entre outros, debateram mais uma vez temas caros à região, entre eles o megaesôfago – problema que também teria sido abordado em conferência (Porto & Porto, 1970: 128-129). O VII congresso desta natureza teve como sede Uberlândia e aconteceu em julho de 1955 – mesma época em que começou a circular a *Revista Goiana de Medicina* (RGM), órgão oficial da sociedade médica de Goiás e sobre o qual me deterei no próximo capítulo. A partir de então, neste novo veículo de divulgação das pesquisas dos médicos do interior, considerada de certo modo uma continuação dos Arquivos de Saúde Pública (RGM/Expedida para Tasso de Camargo em 19/11/1957), alguns dos trabalhos apresentados naqueles congressos seriam nele publicados, assim como informes específicos sobre o evento e notícias em geral (anexo 07).

Vale reforçar que, no contexto nacional, desde 1953 o Brasil contava com um ministério exclusivo para as questões relacionadas à saúde. Sem mudanças institucionais significativas além da separação entre as pastas de educação e saúde, o Ministério da Saúde, objetivo almejado pelos médicos desde o início do século XX, surgiu mantendo o funcionamento dos organismos sanitários tal como antes (Fonseca & Hamilton, 2003). Uma das primeiras medidas implementadas por este novo ministério, inicialmente sob a gestão de Miguel Couto Filho, foi a constituição de uma comissão incumbida de elaborar um plano de reforma. Deste plano de reforma surgiu o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que no entanto, só iniciou suas atividades após o conturbado hiato político que se sucedeu ao suicídio de Getúlio Vargas em 1954. Representando a coroação do modelo vertical nas ações de saúde pública nos anos 50, absorvendo grande parte dos serviços nacionais provenientes da estrutura anterior, este departamento só pôde dar início às medidas reformistas para as quais havia sido criado após a posse de Juscelino Kubitschek, que conformou uma conjuntura política mais estável (Fonseca, 2001). No momento da realização da sétima edição do congresso, Aramis Athayde estava à frente do Ministério da Saúde, posto que assumiu no interregno entre a morte de Vargas e a ascensão de Kubitschek.

Organizado pela Sociedade Médica de Uberlândia, sob os auspícios das Associações Médicas de Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, das Sociedades de Medicina e Cirurgia de Uberaba, Araxá, Araguaí e Ituiutaba, e do Colégio Internacional de Cirurgiões (Regional do Brasil Central), o VII Congresso Médico do Triângulo Mineiro e Brasil Central contou mais uma vez com a presença de personalidades de destaque da medicina brasileira e numeroso contingente de congressistas. Entre os temas oficiais estava a lepra e sua incidência em Goiás, a cargo da AMG. Como relatores deste tema estavam Martiniano Rossi e Rodovalho Mendes Domenici, dois médicos de Goiás funcionários da secretaria de saúde do estado – este último vinculado ao SNL; como comentarista Nelson de Souza Campos – importante hansenólogo paulista que havia trabalhado no Serviço de Profilaxia da Lepra e escrito vários artigos sobre o tema. Entre as mesas redondas programadas havia uma sobre ensino médico, da qual participou o goiano Francisco Ludovico de Almeida Neto ao lado de nomes como Hilton Rocha (na ocasião, presidente da Associação Médica Brasileira – AMB), Berardo Nunan (professor catedrático de Clínica Pediátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais) e Aloisio de Salles Fonseca (chefe de clínica médica do Hospital dos Servidores do Estado). Sua proposta de criação de uma faculdade de medicina na região, que contava com o apoio dos demais médicos goianos, tentava relacionar o funcionamento de uma instituição de ensino ao problema regional do homem do campo<sup>36</sup>.

Cinco trabalhos apresentados neste congresso saíram publicados como artigos originais na RGM, o que permite conhecer um pouco do que foi debatido na ocasião. Entre eles destaco um sobre esquistossomose mansoni no Brasil Central, de J. Rodrigues da Silva (Rio de Janeiro), outro sobre doença de Chagas na Colônia Agrícola Nacional de Goiás em Ceres, de Isaac Barreto Ribeiro (médico já citado no capítulo anterior) e uma nota prévia sobre ‘gastropatia chagásica’ de autoria de Calil Porto (médico de Araguaí – MG)<sup>37</sup>. O trabalho sobre esquistossomose

---

<sup>36</sup> Nesta época Francisco Ludovico de Almeida Neto já liderava um movimento entre os médicos goianos que almejava instalar uma faculdade de medicina em Goiás. Sobre o tema versará o último capítulo da tese.

<sup>37</sup> Destaco aqui este trabalho por conta de sua importância no debate que envolveu médicos do Brasil Central sobre megaesôfago e doença de Chagas. Como já informado em nota anterior, este assunto será abordado com mais vagar no próximo capítulo.



configurou o primeiro artigo publicado na RGM, de autoria de um médico cuja trajetória mereceu destaque nas páginas da revista goiana. Originário de Uberaba e formado pela Universidade do Brasil em 1942, Rodrigues da Silva atuava na ocasião como docente de clínica médica e clínica de doenças tropicais da Faculdade Nacional de Medicina. Membro de várias sociedades médicas nacionais e estrangeiras, consultor do DNERu, laureado pela Academia Nacional de Medicina, teria sido convidado para assumir interinamente o lugar de catedrático da referida cadeira, feito noticiado com grande satisfação pela revista (Noticiário, 1956b).

No trabalho em questão, Rodrigues da Silva chama a atenção para o grave problema da esquistossomose na região e em seu artigo tece um histórico da propagação dessa enfermidade no Brasil Central – onde ela teria sido encontrada inclusive em Goiânia, embora ainda não comprovadamente autóctone<sup>38</sup>. Reforça que este problema tendia a se agravar tendo em vista que o interior do país vinha vivenciando uma onda migratória bastante intensa, especialmente proveniente do nordeste, o que inevitavelmente acarretaria a instalação de novos focos. Falando em um congresso que reunia em sua maioria médicos atuantes nas áreas onde a esquistossomose grassava, concluiu sua apresentação incitando os colegas atuantes no Brasil Central a prestarem sua contribuição eficiente na identificação da doença enquanto se aguardavam as necessárias medidas dos serviços sanitários do país (Silva, 1955).

O artigo de Isaac Barreto Ribeiro é o último dessa edição do congresso que gostaria de destacar. Originário da Bahia, onde nasceu em 1924, Ribeiro se formou em 1948 pela Faculdade de Medicina de Minas Gerais, em Belo Horizonte. Conforme já mencionado no capítulo anterior, depois de formado decidiu atuar no interior do Brasil. Passou por algumas cidades goianas até fixar-se em Ceres, uma colônia agrícola projetada pelo governo de Getúlio Vargas, onde permaneceu clinicando em seu centro cirúrgico entre 1949 e 1955. Preocupado com a ocorrência da doença de Chagas na colônia, assim se manifestou em sua apresentação:

---

<sup>38</sup> Alguns anos mais tarde dois médicos goianos publicariam artigo na RGM relatando os primeiros casos autóctones encontrados no Estado de Goiás, aspecto que será abordado no último capítulo desta tese.

*“(...) 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 (...)” (Ribeiro, 1955: 83).*

Reforçando o que venho observando desde o início, essa atitude de inferiorização adotada pelo médico em questão, constitutiva de sua identidade, não o impediu de tomar algumas atitudes, estabelecer contato com alguns médicos reconhecidos nacionalmente por se dedicarem ao tema e delinear estratégias para contornar as dificuldades. A gravidade do problema em Ceres motivou Ribeiro a enviar cartas ao diretor do setor Goiás do Serviço Nacional de Malária, com cópias ao diretor do SNM em âmbito nacional, na época 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, “apesar desta localidade não constar no programa nem sequer para o inquérito que se vem realizando pela seção de epidemiologia daquele serviço” (Ribeiro, 1955: 88).

Ao final do artigo publicado na RGM há um agradecimento a alguns congressistas, em especial a José Lima Pedreira de Freitas, na ocasião chefe do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto<sup>39</sup>, “por ter atendido ao nosso apelo, vindo até Ceres estudar a

---

<sup>39</sup> Até 1953 José Lima Pedreira de Freitas atuou como professor do Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo. Desde então, na qualidade de professor-adjunto, transferiu-se para o Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), que havia sido fundada em 1952, onde deu continuidade à sua carreira de pesquisador. Em 1954 foi

doença entre nós, realizando as reações de Machado-Guerreiro e xenodiagnósticos<sup>40</sup> e estimulando-nos a continuar nesta luta em Ceres contra tão terrível endemia, que assume hoje proporções de verdadeira calamidade pública” (Ribeiro, 1955: 88). Enfim, trata-se de um ‘médico sertanejo’, um ‘clínico do interior’, que em outras ocasiões também se mostrará atualizado com relação aos principais avanços em sua área de atuação. Tal como consta ao final de seu artigo, este trabalho originou uma moção solicitando ao Serviço Nacional de Malária a intensificação do combate à doença de Chagas no Brasil Central, especialmente em Ceres e arredores. Essa teria sido uma sugestão apresentada por Guerreiro de Faria, médico presente ao certame e que comentou o trabalho de Ribeiro, que diante de tão grave problema sugeriu que se apresentasse a referida moção (Ribeiro, 1955: 88).

A oitava edição do congresso se realizou em Uberaba em setembro de 1956 e teria sido proposta pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba como parte do evento comemorativo do 1º centenário dessa cidade. Reunindo mais de duas centenas de médicos provenientes em sua maioria de cidades de Minas Gerais, Goiás e São Paulo, o congresso teria sido apoiado também por professores do Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte e Ribeirão Preto, segundo noticiado pela revista goiana. Entre eles, Hilton Rocha, presidente da AMB e presidente de honra do conclave. Dos 63 temas livres relacionados, cinco foram apresentados por goianos das cidades de Ceres, Jataí e Anápolis. Médicos do Rio e São Paulo se revezaram como palestrantes de nove conferências. Entre os quatro temas oficiais

---

convidado para atuar como professor do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva nesta mesma faculdade, cuja cátedra assumiu após concurso realizado em 1963 (Cf. Rassi, 1966).

<sup>40</sup> Trata-se de métodos diferentes de diagnóstico da doença de Chagas em sua fase crônica. Diferente 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 por meio do exame direto do sangue por microscopia. 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, pesquisadores de Manguinhos, 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 se acompanhar a evolução do tratamento dos doentes (Cf. Kropf, 2009; Anis Rassi, 2001, fita 02/lado A; <http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=168> – consultado em 26/11/2012).

estava “Estado atual da Doença de Chagas em Goiás”, sob a responsabilidade dos médicos Áttila Gomes de Carvalho, Carlos Borges, Anis Rassi, Omar Carneiro e Joffre Marcondes de Rezende – todos atuantes em Goiânia, sendo que o primeiro deles como chefe da Circunscrição Goiás do DNERu (anexo 08). Para comentar este trabalho foi convidado José Lima Pedreira de Freitas.

Os trabalhos apresentados pelos goianos acima citados são bastante representativos da questão principal que esta tese vem abordando e mostram os esforços empregados na elaboração de estudos originais por parte destes médicos atuantes no interior. O interesse despertado por uma doença que vinha se mostrando de alta gravidade no Brasil Central, no caso a doença de Chagas, os levou a uma investigação clínica importante e que aos poucos chamaria a atenção dos estudiosos no assunto. Carlos Borges, em trabalho sobre o diagnóstico laboratorial da doença, abre assim sua comunicação:

*“(...) Temos a satisfação de trazer a este Congresso dados estatísticos laboratoriais, relativos à Doença de Chagas, pela primeira vez obtidos em nosso Estado, onde, até há bem pouco tempo, a inexistência de recursos materiais e técnicos, nos obrigava a recorrer a centros médicos mais desenvolvidos (...)”* (Borges, 1956: 279).

Refere-se o autor ao teste de Machado-Guerreiro, que vinha se revelando muito útil na averiguação das formas crônicas da doença de Chagas. Em seu trabalho, relata os resultados obtidos por seu laboratório após exame de 174 pacientes visando o diagnóstico da enfermidade. Tais pacientes teriam sido encaminhados por cardiologistas e por aqueles interessados na relação tripanossomíase e megaesôfago. O antígeno para a realização do referido exame era preparado por José Pellegrino, médico ligado ao Centro de Estudos e Pesquisas para a Moléstia de Chagas, de Bambuí (MG) e enviado todo mês para Goiânia, o que mostra a cooperação entre cientistas e instituições de diferentes regiões. Isso também fica claro no trabalho de Anis Rassi e Omar Carneiro em que analisam 106 casos da doença. 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” (Rassi & Carneiro, 1956:

287). 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 (Rassi & Carneiro, 1956: 288).

O trabalho apresentado por Rezende e os comentários de Pedreira de Freitas, publicados na RGM, serão analisados no próximo capítulo no contexto maior da contribuição dos goianos para a conformação de um novo desenho clínico para a enfermidade chagásica que será reconhecido oficialmente, anos mais tarde, como ‘forma digestiva’. Acompanhar este percurso, que combina as apresentações nos congressos médicos, a publicação da revista goiana, o estabelecimento de redes de intercâmbio e sua circulação em espaços institucionais de maior prestígio, como por exemplo, as faculdades de medicina de São Paulo e Ribeirão Preto – vinculadas à USP – e o Instituto Oswaldo Cruz, bem como contatos pessoais com médicos estrangeiros, será um dos pontos destacados no próximo capítulo. No entanto, cabe destacar a introdução dos comentários de Pedreira de Freitas aos trabalhos apresentados pelos goianos:

*“(...) Antes de iniciar propriamente o comentário aos trabalhos que acabam de ser apresentados, desejava fazer algumas considerações que me parecem oportunas. Elas dizem respeito ao que, no meu modo de ver, representa um conclave como este. Com efeito, é ideia frequente que estes congressos constituem ocasião para os médicos do interior haurirem os conhecimentos que lhe trazem os médicos dos centros considerados mais adiantados. Contudo, isto é apenas um aspecto da questão e, em absoluto, não traduz a inteira realidade dos fatos. 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 (...)” (Freitas, 1956: 315-316).*

Estes comentários de Pedreira de Freitas são muito interessantes e se coadunam com alguns dos aspectos que venho ressaltando a respeito destes congressos médicos realizados no interior do país. Tal como ele enfatiza, são espaços de intercâmbio riquíssimos e para ambas as partes, ou seja, tanto para os médicos do Brasil Central, que o percebem como oportunidade de “haurirem os conhecimentos que lhe trazem os médicos dos centros” como para os médicos que atuam nas grandes capitais, interessados nas patologias que mais acometiam a população rural e sobre as quais seus colegas do interior conheciam bem. Sua fala também deixa 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, 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. Tal como os viajantes naturalistas do século XIX, que optaram por “não apenas ver com os próprios olhos, mas ouvir e sentir com o próprio corpo os fenômenos lá onde acontecem” (Kury, 2001: 879), os médicos goianos eram como estes ‘informantes de campo’, que com suas detalhadas e precisas descrições da paisagem, forneciam as ferramentas necessárias para junto com os ‘naturalistas de gabinete’ “transformarem a natureza em ciência” (Kury, 2001: 865). Os congressos médicos em questão configuraram apenas uma das formas de manutenção dessa rede. A fundação da associação médica de Goiás e a criação da RGM evidenciam outros canais de expressão e inserção aprofundada destes médicos nesta complexa trama – aspecto a ser considerado mais adiante.

Como exemplo da importância deste intercâmbio entre médicos de centros de ensino e pesquisa renomados e médicos do interior, bem como da maior visibilidade proporcionada a estes últimos por estes eventos regionais, destaco novamente a participação de Ribeiro, médico de Ceres. Assim como na edição anterior do congresso, apresentou novamente trabalho sobre a doença de Chagas na colônia agrícola instalada na região:

*“(...) Assunto dos mais palpitantes da Patologia Tropical, a Doença de Chagas continua sendo objeto de investigação, mesmo de médicos como nós do interior,*

*que não dispomos dos recursos próprios dos grandes centros, indispensáveis a um estudo tão complexo só realizável em trabalho de equipe. Nós, clínicos do interior, mesmo antes dos serviços oficiais procederem inquéritos clínico-epidemiológicos, devemos pensar e procurar a doença de Chagas, porque na verdade ela existe e em grande percentagem, como constatamos em Ceres (...)*” (Ribeiro,1957: 03).

Em seu trabalho, 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. Além disso, nota-se seu conhecimento a respeito das medidas de profilaxia passíveis de serem utilizadas em caso de uma campanha contra o inseto transmissor da doença ser iniciada: ou lançava-se mão do uso de inseticidas ou investia-se na melhoria das condições habitacionais da população rural para evitar que os barbeiros se alojassem nos buracos das paredes das casas. No trabalho, Ribeiro analisa os casos agudos de doença de Chagas por ele verificados e conclama seus “colegas do interior”, em particular os do Estado de Goiás, para que divulgassem os casos da doença tomando como ponto de partida para suspeita clínica o sinal de Romaña<sup>41</sup>. Suas observações são acompanhadas pelas fotos dos pacientes, todos com o sinal do olho, tabelas e quadros mostrando dados sobre os pacientes tratados, doses dos medicamentos administrados, xenodiagnósticos e exames de controle realizados. Ao final, um agradecimento a Pedreira de Freitas pela colaboração para a “documentação de nossas observações e pela sua constante orientação neste trabalho, nos animando assim a continuar nesta luta em Ceres” (Ribeiro, 1957: 19), evidencia bem a circulação de informações responsável pelo fortalecimento dessa rede mantida por médicos atuantes em diferentes regiões do país.

Uma carta de Ribeiro encaminhada a Emmanuel Dias em 1956 mostra que sua atuação em Ceres também contava com o apoio e orientação daquele cientista do Instituto de Manguinhos. Tendo lido notícia sobre o plano para erradicação de barbeiros em Bambuí, levado a cabo por Dias, Ribeiro o convidava a traçar o mesmo plano para aquela cidade “como o senhor está percebendo pelo grande

---

<sup>41</sup> Trata-se de um sinal clínico importante da doença de Chagas, descrito em 1935 pelo médico argentino Cecílio Romaña, indicador da porta de entrada ocular da infecção (Cf. Dias, 1997).

número de casos agudos se sucedendo, constitui um problema que assume as proporções de verdadeira calamidade pública”. Na carta ele se coloca à disposição:

*“(...) Vivendo o drama da Doença de Chagas em Ceres, desde 1951, quando aqui cheguei, tenho acompanhado todo o seu trabalho através de suas publicações e sempre imaginei como seria útil para a Saúde Pública e para a Ciência se o grande mestre da Doença de Chagas no Brasil se dignasse a repetir em Ceres o que fez em Bambuí. Eu estaria às ordens para contribuir com minha fraca cooperação para uma ajuda sob sua experimentada orientação (...)”*

E finaliza:

*“(...) Gostaria de poder continuar estes estudos em Ceres. Falta-me um aparelho de eletrocardiograma. Já tenho por minha conta particular um pequeno aparelho de Raio X e um modesto laboratório de pesquisas, bem como uma pequena Casa de Saúde com apenas 13 leitos, e ultimamente tenho me dedicado quase que exclusivamente ao estudo da Doença de Chagas. Sei que isto não pode ser feito por médicos particulares sem verbas do governo, e gastando dinheiro de seu próprio bolso. Mas o interesse pelo estudo é grande demais para deixar passar esta oportunidade (...)”.* (Carta de Isaac Barreto Ribeiro, Ceres, 22 de novembro de 1956. Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz/ Bambuí – CEPMC).

Em resposta, Dias recomendou a aquisição de um eletrocardiógrafo para estudar os casos crônicos e incentivou o médico a persuadir os poderes públicos de Goiás, através do centro médico e dos deputados, a realizarem um plano semelhante ao de Bambuí. Como indicador deste trabalho de persuasão dos médicos goianos, no início de 1957 encaminharam a Mário Pinotti, então Diretor do DNERu, o número da *Revista Goiana de Medicina* onde haviam sido publicados os trabalhos sobre a tripanossomíase apresentados pelos médicos da AMG naquele congresso. Através da carta, pediam atenção para o grave problema representado pela enfermidade na região:

*“(...) Temos a subida honra de enviar-lhe o volume anexo, que representa modesta contribuição dos médicos de Goiás ao estudo da Doença de Chagas em nosso meio. A principal contribuição é dada pelo próprio Departamento Nacional de Endemias Rurais, através da circunscrição de Goiás, em boa hora entregue a esse dinâmico e esclarecido colega que é o Dr. Áttila Gomes de Carvalho. Pedimos um minuto de seu precioso tempo para o Editorial da Revista que publicou o nosso relatório ao 8º Congresso Médico do Triângulo Mineiro e Brasil Central, o qual representa o pensamento da Associação Médica de Goiás a respeito do problema. Aproveitamos a oportunidade para testemunhar-lhe mais*



*uma vez, a nossa profunda admiração pelo patriótico trabalho de V. Excia. à frente do Departamento Nacional de Endemias Rurais (...)*. (RGM/ Expedida em 11/02/1957 para Mário Pinotti).

Vale a pena tecer uma breve síntese acerca do significado do Departamento Nacional de Endemias Rurais no governo de Kubitschek e dos sentidos que adquiriu o combate às endemias rurais neste contexto. Com a posse do novo presidente em 1956, o DNERu, órgão criado exclusivamente para tratar das doenças que assolavam o interior do país, pôde dar início às suas atividades. Indicando a importância conferida neste período à promoção da saúde das populações rurais como fator de desenvolvimento econômico, este departamento começou a funcionar em março de 1956 e tinha Mário Pinotti como seu diretor, personagem que trazia para o referido departamento toda a experiência obtida à frente do Serviço Nacional de Malária, 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: Diretoria Geral, Divisão de Profilaxia, Divisão de Cooperação e Divulgação, Instituto Nacional de Endemias Rurais, Serviço de Produtos Profiláticos e Serviço de Administração, além de contar com 25 circunscrições correspondentes aos estados, aos territórios e ao Distrito Federal, com sede nas respectivas capitais. Destaca-se aqui a atuação da circunscrição Goiás, que seria responsável pelos trabalhos de levantamento epidemiológico e profilaxia da área que viria a abrigar a nova capital federal e cujos relatórios foram divulgados nas páginas do periódico médico goiano (Vieira, 2007; 2009).

As campanhas empreendidas por este novo órgão estavam orientadas segundo o ideário desenvolvimentista do governo de Kubitschek, levando-se em consideração as áreas que apresentavam condições propícias para o desenvolvimento econômico, ou seja, que contavam com fontes de energia, vias de transporte, riquezas minerais e mão de obra (Labra, 1988: 30; Hochman, 2009). Para se interiorizar a expansão econômica e ao mesmo tempo incrementar o parque industrial brasileiro era necessário promover maior integração entre o

litoral e o interior do país. A construção de Brasília, bem como de suas inúmeras estradas, constituíram uma forma de superar o isolamento de algumas regiões e fomentar a circulação de produtos e mercadorias entre elas. No seio do projeto econômico do governo, a nova capital exercia um papel fundamental: respondia à demanda industrial, ampliando o mercado interno através do estabelecimento de vias de comunicação, sem desagradar a oligarquia rural, afinal, questões como a reforma agrária e a extensão de uma legislação trabalhista ao campo eram deixadas de lado (Moreira, 2003).

Embora a grande maioria da população rural permanecesse excluída dos benefícios sociais que os trabalhadores da cidade possuíam, e apesar de a maior integração proporcionada pela construção de Brasília e pelas várias rodovias não favorecer diretamente aos habitantes do interior, o combate às endemias rurais, proposta que estava presente no Programa de Saúde Pública de Juscelino Kubitschek (1955), visava àquela parcela da população. Investir na saúde dos trabalhadores rurais era garantia de prosperidade econômica. Se as endemias rurais eram diagnosticadas 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 quantitativo e qualitativo da produtividade do trabalhador sertanejo a partir do investimento em sua saúde. Essa foi uma preocupação que se estendeu inclusive ao canteiro de obras de Brasília (Vieira, 2007; 2009). Com base nisso, esperavam os médicos goianos que o governo olhasse com mais atenção para suas demandas em favor dos problemas por eles diagnosticados como de alta gravidade.

O IX Congresso Médico do Brasil Central e Triângulo Mineiro volta a Goiânia em 1958 contando com mais de 400 participantes, sob os auspícios da AMG e com a colaboração das Sociedades Médicas de Uberaba, Uberlândia, Araguari, Ituiutaba e Araxá. Entre as personalidades que prestigiaram o certame estavam o então Ministro da Saúde Mário Pinotti, o Diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais Áttila Gomes de Carvalho, o vice-presidente da AMB J. Bolivar Drumond, o presidente da Associação Médica de Mato Grosso José Faria Vinagre e o governador deste estado. Também estavam presentes os presidentes e

representantes das sociedades médicas de Araguari, Uberlândia, Ituiutaba, Araxá e Uberaba, regionais da Associação Médica de Minas Gerais representada por Oromar Moreira. O apoio prestado ao evento por parte de laboratórios farmacêuticos, firmas de material médico-hospitalar e casas comerciais também merece destaque.

A programação do congresso contava com a apresentação de 116 temas livres, entre os quais, 25 apresentados por goianos provenientes de Goiânia (em sua maioria), Piracanjuba e Anápolis. Entre os temas oficiais – três no total – estava o pênfigo foliáceo, a cargo da AMG. O diretor do Hospital do Pênfigo de Goiânia Anuar Auad seria o relator deste tema e João Paulo Botelho Vieira, do Instituto Ademar de Barros, o comentarista. Das quatro mesas redondas, uma versou sobre pênfigo foliáceo e outra sobre a doença de Chagas – fruto de uma reivindicação do “grupo dos chagásicos” (RGM/Expedida em 11/02/1958 para Fritz Koeberle). Da primeira tomaram parte Botelho Vieira, José Aranha Campos, Ulysses Lemos Torres, Narciso Hadad Neto (dermatologista atuante no Rio de Janeiro) e Anuar Auad. Da segunda, Carlos Chagas Filho (professor titular da cadeira de biofísica da Faculdade Nacional de Medicina), Samuel Pessoa<sup>42</sup>, 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.

Constava ainda no programa do congresso a realização de um curso prático de atualização sobre reumatologia, conferências e temas de colaboração. Destes últimos ficaram encarregadas as seções regionais da AMG localizadas em Brasília e Anápolis, abordando o saneamento de Brasília e a verminose na infância, respectivamente. No que se refere à programação social, estava agendada uma

---

<sup>42</sup> Desde 1956 Samuel Pessoa era professor aposentado da cátedra de Parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo. Considerado um marco na institucionalização desta área de pesquisa no Brasil, segundo Henrique Paiva, “a trajetória de Pessoa se confunde com a própria criação de uma tradição de conhecimento na área de parasitologia” (Paiva, 2006: 805). A partir de sua aposentadoria, iniciou um período bastante fértil de incursões pelo país até meados dos anos 70, oferecendo cursos de graduação e pós-graduação e organizando laboratórios e centros de pesquisas em vários estados, entre eles Goiás (aspecto que poderá ser observado no último capítulo da tese).

visita a Brasília após o encerramento do congresso, com ida e volta de avião, passeio por suas obras e acampamentos e almoço de confraternização oferecido pela AMG em colaboração com a NOVACAP<sup>43</sup>. Além de churrasco e baile no Jóquei Clube, uma excursão ao rio Araguaia, com duração de três dias, também estava na agenda do evento, como se pode ver em sua ficha de inscrição (anexo 09).

O primeiro a discursar na solenidade de abertura foi o ex-secretário de saúde de Goiás Peixoto da Silveira (que voltaria ao cargo no ano seguinte, durante o governo de José Feliciano Ferreira). Falou em nome dos participantes do congresso em um discurso de saudação ao governador do estado José Ludovico de Almeida. Em sua fala, Peixoto da Silveira agradeceu pelo apoio e estímulo ao evento e reforçou a prioridade que estes congressos davam às doenças que mais acometiam a população do Brasil Central. Em seguida falou o próprio governador Ludovico de Almeida, presidente de honra do congresso. Seu discurso foi bastante marcado pelos últimos acontecimentos vivenciados pelo Estado de Goiás, que já sentia os reflexos positivos da transferência da capital federal para o Planalto Central (Noticiário, 1958b).

O discurso de Luiz Rassi, na qualidade de presidente da Associação Médica de Goiás, foi feito por ocasião da sessão de instalação do congresso no Cine Teatro Goiânia. Vale a pena transcrever um trecho no qual ele reforça o sentido destes eventos e o compromisso dos médicos do interior com os problemas sanitários que afligiam os habitantes dessas zonas. Após pedir um minuto de silêncio para colegas que haviam falecido recentemente, ponderar sobre a importância do congresso para a região como um todo e relembrar a edição de 1951, também sediada em Goiânia, Rassi comentou a escolha de alguns temas:

*“(...) Nosso Estado, como também outros, cuja enorme extensão territorial e baixo índice demográfico aliados às precárias condições de educação e economia da sua população, não oferece ainda meios propícios para uma melhor e mais adequada assistência médica, razão porque aproveitamos o ensejo deste certame para expor e sugerir medidas que visam ou que venham possibilitar sob o ponto de vista médico-sanitário uma melhoria do estado de*

---

<sup>43</sup> A Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil – Novacap – foi criada em 1956 e era responsável pelo planejamento e execução do serviço de localização, organização e construção de Brasília (Brasil, 1956).

*saúde. Eis a razão pela qual no temário geral incluímos propositadamente assuntos de interesse social e sanitário que constituem ainda verdadeiros problemas e cuja solução vem ao encontro de nossos objetivos. Referimo-nos aqui a algumas das endemias que assolam grandemente nossa população, principalmente a rural. Assim, como a contribuição de nossa parte figura dentre os trabalhos mais importantes a apresentação e o estudo pormenorizado de duas entidades endêmicas, dentre as muitas existentes e largamente difundidas em nosso meio – o pênfigo foliáceo – como tema oficial da Associação Médica de Goiás, e – a moléstia de Chagas – como tema de uma mesa redonda, os quais interessando as mais destacadas autoridades médicas do País e representados por ilustres cientistas e pesquisadores, especialmente convidados para esse fim. Numa tentativa sadia e profícua de interesse nobre e patriótico, procurando zelar e preservar nosso homem de acometimento fácil e funesto, pretende a Associação Médica de Goiás, nesse conclave, dentre muitos outros assuntos, expor com franqueza e elevação de sentimentos, a realidade da situação em que nos encontramos frente a esses sérios e graves problemas de saúde pública (...)*. (Noticiário, 1958b).

Vários foram os trabalhos oriundos deste evento publicados na revista goiana, tanto referentes aos temas oficiais como aos temas livres. No entanto, destacarei aqui apenas os trabalhos 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 Mário Pinotti, por ocasião do jantar oferecido a este último pela Associação Médica de Goiás. Uma delas diz respeito à moléstia de Chagas e foi encaminhada ao DNERu. Nesta moção, 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 pelos inseticidas de ação residual. Sobre o tema, assim se manifestou Ferreira em seu discurso:

*“(...) Não há a negar que o Departamento Nacional de Endemias Rurais, pela sua Circunscrição goiana tem encarado o problema de acordo com a sua importância e lhe dado assim o realce de mister, tendo já executado trabalho sensivelmente apreciável, como o atestam os números constantes de relatórios. Áttila Gomes de Carvalho e agora Aloysio de Almeida Castro, sempre se preocuparam no combate, com os meios que lhes são fornecidos, à doença de Chagas. Mas, a alta incidência desta doença em Goiás, pela observação, pelos estudos realizados por profissionais locais, alguns deles servidores da Secretaria*

*de Saúde, Joffre Marcondes de Rezende, Omar Carneiro e Anis Rassi, levam à conclusão de que a doença de Chagas em Goiás, é um dos mais sérios problemas de saúde e que está a reclamar providências mais ativas, campanha específica, que permita ataque em massa, no sentido de, senão erradicá-la, pelo menos diminuir-lhe os efeitos (...)" (Noticiário, 1958b: 285-286).*

Segue Ferreira comentando o fato de Goiás atravessar fase de grande desenvolvimento, tendo se tornado a "Meca" para onde se 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 da doença de Chagas. 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. Mesmo reconhecendo a atuação da circunscrição Goiás do DNERu, ainda não teria sido oferecido combate em massa, "tipo campanha erradicadora", dada a falta de recursos financeiros. A moção em questão teria sido por isso oportuna e oferecia argumentos ao Ministério da Saúde para obter os recursos que pleiteava. Essa moção teria sido sugerida por Emmanuel Dias em seu trabalho sobre epidemiologia e profilaxia da doença de Chagas, apresentado na mesa redonda sobre esta enfermidade.

O trabalho em questão foi apresentado por seu filho João Carlos Pinto Dias, na época estudante de medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, tendo em vista a ausência de Dias por conta de um congresso no qual participava em Lisboa. Continha elogios às atividades desenvolvidas pelos médicos do Brasil Central e versava basicamente sobre os planos de erradicação do barbeiro. Considerava que o momento vivenciado pelo Estado de Goiás e a realização daquele congresso médico seriam perfeitos para o início de uma campanha profilática de maiores proporções. Ao final, sugeria que fosse encaminhada uma moção ao Ministro da Saúde e ao Presidente da República:

*"(...) Senhores participantes da Mesa Redonda de Doença de Chagas. Os Congressos Médicos do Brasil Central e do Triângulo Mineiro têm desempenhado uma atuação relevante, que será sempre reconhecida e louvada. Do primeiro, em*

*Araxá, 1948, resultou uma Moção ao Ministro da Educação e Saúde, que teve como feliz consequência os trabalhos experimentais de Uberaba e a primeira campanha do extinto Serviço Nacional de Malária contra os barbeiros. Que o IX aceitando a sugestão de enviar uma moção ao presidente da República e ao Ministro Mário Pinotti, provoque a primeira campanha de erradicação em Goiás, que se irá desenvolvendo progressivamente até abarcar todo o território deste grande Estado, livrando-o de seu mais grave problema de Saúde Pública. É o que desejamos de coração (...)*. (Dias, 1958: 317).

Embora tenha ficado registrado que Pinotti prometeu pronto atendimento às recomendações contidas nas moções a ele encaminhadas ao final do congresso, por meio da correspondência trocada entre Dias e os médicos goianos à frente da RGM, em especial seu editor-chefe Joffre Marcondes de Rezende, sabe-se que não foi bem assim. Em uma carta enviada por Dias a Rezende datada de janeiro de 1959, o cientista de Manguinhos agradecia a oportunidade dada a seu filho de comparecer ao Congresso e a boa acolhida que teria recebido. Mostra-se também curioso pra saber se as moções que ele havia sugerido haviam sido entregues ao Presidente da República e ao Ministro da Saúde (RGM/ Expedida por Dias em 10/01/1959). Em resposta encaminhada uma semana depois os médicos goianos contam sua versão da história:

*"(...) Junto enviamos cópia da moção que foi entregue em mãos, ao Ministro Mário Pinotti por ocasião do encerramento do Congresso, durante um jantar que a Associação Médica de Goiás lhe ofereceu em Goiânia. Foram entregues a ele 3 moções por mãos do Secretário de Saúde de Goiás, Dr. Irany Alves Ferreira, conforme consta do último número da Revista (Rev. Goiana Med. 4(3): 280-290, 1958). Ao receber as moções, o Dr. Mário Pinotti fez um discurso decepcionante em todos os sentidos, no qual disse, entre outras coisas, que a doença de Chagas não era problema assim tão grave e que representava fator de somenos importância como causa de cardiopatia (???). Não foram enviadas moções ao Presidente da República."* (RGM/ Expedida em 16/01/1959 para Emmanuel Dias).

Depois de receber esta carta, Dias respondeu agradecendo o retorno e lamentando apenas que a moção não tivesse produzido o efeito desejado (RGM/Recebida - enviada por Emmanuel Dias em 06/02/1959).

Com relação ao pênfigo foliáceo, objeto de outra moção encaminhada ao DNERu, foi pedida a sua inclusão no programa de trabalho deste departamento com o objetivo de tornar possível melhor assistência aos penfigosos de todo o país e, ao mesmo tempo, incrementar os estudos referentes à etiologia e à terapêutica dessa enfermidade. Sobre o tema, assim se pronunciou Ferreira:

*“(...) Relativamente a Goiás, posso afirmar que V. Excia., como já o fiz por mais de uma vez, em outros ensejos, que o problema é indisfarçavelmente sério. É mesmo um dos problemas mais graves, de saúde em nosso meio e que está a reclamar solução pronta para seu combate. O conhecimento da doença aqui, em São Paulo, em Mato Grosso, onde estudiosos se dedicam à elucidação do mal, leva a conclusão, que poderia dizer irrefutável, de que a doença é endêmica e rural. (...) Por que assim é, porque o problema apresenta aspectos alarmantes em número de doentes e de extensão territorial, permitirá V. Excia, que afirme que ele deve interessar ao Ministério da Saúde, que ora tem a sua frente um Mário Pinotti, através do Departamento Nacional de Endemias Rurais, entre cujas atividades se impõe a inclusão das referentes ao Pênfigo Foliáceo. Quando V. Excia. assumiu a direção do DNERu, tratei consigo da questão, pleiteando o que agora vem pleitear o Congresso Médico do Brasil Central e Triângulo Mineiro, o que pleiteou o Congresso de Leprologia e Doenças de Pele recentemente realizado em Belo Horizonte, é dizer, a inclusão do Pênfigo Foliáceo como atividade daquele departamento (...)” (Noticiário, 1958b: 287-288).*

O pênfigo foliáceo, conhecido popularmente como ‘fogo selvagem’, desde o início da década de 50 vinha se configurando como uma doença que demandava maior atenção do Estado. Em 1952 havia sido construído o Hospital do Pênfigo de Goiânia, em instalações improvisadas, adaptadas de um antigo hospício, 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 Pênfigo, o que chamava a atenção era a grande dispersão da doença: os 239 pacientes que já haviam passado por aquele hospital desde o início de seu funcionamento até meados de 1957 eram provenientes de 60 municípios diferentes (Auad & Brasil, 1957). Goiás estaria entre os estados de maior incidência da doença, e o fato de muitos pacientes ainda buscarem tratamento em São Paulo reduzia os percentuais apresentados. Na época aqui considerada, ainda pairavam muitas dúvidas tanto



sobre seu agente etiológico quanto sobre a terapêutica mais adequada<sup>44</sup>, levando os médicos goianos a julgarem-na como doença “misteriosa” (Auaud & Brasil, 1957: 255). No entanto, os resultados obtidos com o tratamento que vinha sendo empregado no referido hospital eram bastante animadores já que a porcentagem de altas por acentuada regressão da sintomatologia e cura clínica era superior a 90% (Auaud & Brasil, 1957; Silveira, 1981a: 156)<sup>45</sup>.

A última moção que gostaria de ressaltar refere-se ao saneamento de Brasília. Nela foi salientada a necessidade de permanente vigilância sanitária na área da nova capital para se impedir a implantação e disseminação no Planalto Central da esquistossomose, moléstia de Chagas e outras doenças parasitárias. No entanto, Ferreira não se deteve longamente neste tópico e aproveitou para pedir atenção para o problema da tuberculose em Goiás, embora esta enfermidade não tenha configurado uma moção específica. Esperava que fossem oferecidos os meios para conclusão dos pequenos detalhes que faltavam para inauguração e funcionamento do sanatório de Goiânia, cuja obra, iniciada em 1952, já estava concluída (Noticiário, 1958b: 289). No editorial da revista goiana dedicado a este congresso, o presidente da AMG sintetizava o significado daquele certame:

*“(...) Não obstante a complexidade que encerra um Congresso Médico, mormente não especializado, podemos nos confortar, todavia, pelo seu conjunto que se revestiu de certo brilhantismo e importância médico-científica, tendo atraído renomados vultos da medicina brasileira e onde puderam ser focalizados e discutidos mais de uma centena de temas de natureza vária. (...) E assim o IX Congresso Médico do Brasil Central e Triângulo Mineiro, de natureza regional passou a ser de âmbito nacional, de vez que dos 415 participantes efetivos, figuravam elementos de diversos Estados, apoiando e prestigiando uma*

---

<sup>44</sup> 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. (Cf. <http://www.dermatologia.net/novo/base/doencas/penfigos.shtml> - consultado em 09/06/2010).

<sup>45</sup> Foi como deputado federal em 1963 que Peixoto da Silveira conseguiu passar um projeto de sua autoria concedendo verba destinada à construção e equipamento de um novo hospital para doentes de pênfigo foliáceo. O mesmo seria construído a partir de um convênio entre o Ministério da Saúde e o Governo do Estado e deveria ser convenientemente equipado não só para tratamento de doentes, mas também para estudos e investigações a respeito da etiopatogenia da doença (Cf. Silveira, 1981a).

*iniciativa local. E para culminar com maior êxito e brilhantismo, contamos no encerramento do certame com a presença honrosa do Ministro da Saúde e de sua ilustre comitiva, que vieram especialmente ouvir e receber os relatórios das conclusões referentes àquilo que diz respeito à sua Pasta. E assim esperamos que sejam bem interpretados e amparados pelos órgãos públicos as reivindicações da classe médica do Brasil Central em favor da saúde de nossa gente, para que possamos nos considerar compensados e felizes em poder cooperar num sentido mais elevado e de longo alcance social (...)" (Rassi, 1958b: 203-204).*

O X Congresso Médico do Triângulo Mineiro e Brasil Central realizou-se em Araxá entre 03 e 07 de setembro de 1959 e é o último congresso dentro do recorte temporal aqui proposto. Mário de Castro Magalhães, médico de Araxá, foi o presidente. Tendo em vista a comemoração do cinquentenário da descoberta da doença de Chagas, Mário Pinotti – ainda Ministro da Saúde – foi convidado mais uma vez e proferiu a conferência inaugural versando sobre “Personalidade de Carlos Chagas”. Nesta ocasião, classificou a doença de Chagas como um dos problemas sanitários de maior relevância no país – o que não condizia com sua postura diante da moção apresentada pelos goianos no ano anterior. Os governos de Minas Gerais e Goiás se fizeram representar nas pessoas dos respectivos secretários de saúde. O programa científico constou de temas oficiais, temas de colaboração, mesas redondas, simpósios, conferências, temas livres, sessões de filmes, cursos de atualização e uma sessão especial comemorativa do cinquentenário da descoberta da moléstia de Chagas (Noticiário, 1959c).

Entre os temas oficiais, um esteve a cargo da AMG - “Dificuldades da cirurgia no interior” - e teve como relatores Eduardo Jacobson, Luiz Rassi e Hugo Frota – todos médicos atuantes em Goiás e cirurgiões. Na sessão especial sobre doença de Chagas houve a participação dos goianos Anis Rassi, Carlos Borges e Joffre Rezende. Dos 41 temas livres listados (que possivelmente não estaria completa, segundo informações da revista goiana), dez foram propostos por médicos goianos provenientes de Anápolis e Goiânia. Ernesto Silva, um dos diretores da NOVACAP, responsável pelo Departamento de Assistência Social e Saúde, participou com tema de colaboração sobre assistência médica em Brasília. Duas conferências: uma delas de Jairo Ramos (diretor do Departamento de Clínica Médica da Escola Paulista de Medicina) sobre o médico geral e o especialista, que seria publicada na RGM

(Ramos, 1959a). Uma mesa redonda tratou do tema da defesa da classe e contou com o presidente e secretário da AMB, com o presidente da AMG, representantes da AMG e do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais e representante da Associação Paulista de Medicina. Outra mesa abordou os 'problemas médicos da região' (Noticiário, 1959c: 264).

Em correspondência trocada entre o presidente deste congresso e Rezende, este último na qualidade de diretor da RGM, toma-se conhecimento de que nas reuniões realizadas pela comissão organizadora do evento, a revista goiana havia sido escolhida como "órgão oficial dos Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central", distinção pela qual os goianos sentiram-se muito honrados (RGM/Expedida para Mario de Castro Magalhães e Armando Zema em 15/06/59). Tal distinção é bastante representativa da importância que o referido periódico passou a assumir na divulgação destes eventos, dando-lhes maior projeção. Tendo em vista que as primeiras edições destes congressos 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, minha abordagem reconheceu estes congressos médicos de âmbito regional como uma das estratégias utilizadas pelos médicos do interior, em especial pelos goianos, para aumentar a visibilidade para os problemas de saúde locais e para sua atuação na região. Nestes eventos, várias enfermidades eram consideradas, mas nota-se uma preocupação especial com as patologias que mais assolavam os habitantes daquelas zonas, principalmente o megasôfago, a doença de Chagas, o bócio endêmico, a tuberculose, a hanseníase e o pênfigo foliáceo. Em algumas destas, os médicos que atuavam no interior tornaram-se especialistas pelo fato de estarem em contato com os enfermos no dia-a-dia de seus consultórios. Ao se aprofundarem no estudo destas doenças, principalmente a partir de constatações advindas da clínica diária, e cobrarem das autoridades de saúde pública providências, estes médicos se destacavam. Por meio dos congressos, vocalizavam seus anseios e temores para uma plateia formada por personalidades médicas e representantes do governo, tais como ministros e chefes de serviços nacionais, que muitas vezes eram seus convidados de honra. Dessa

forma, chamavam a atenção para as atividades que levavam a cabo no Brasil Central e que interessavam a um público maior na medida em que as endemias rurais eram consideradas óbices ao desenvolvimento.

Os congressos médicos se estenderam do ano de 1947 até 1965. Neste período, o interesse do Estado se voltou para o interior do país, primeiramente por conta da necessidade de reformar a saúde do homem rural impedindo que ele intensificasse as correntes migratórias que iam em direção às cidades. Posteriormente, a construção de Brasília absorveu todas as atenções e despertou também um olhar mais cuidadoso para as condições sanitárias daquela que seria a nova capital federal. Neste contexto, os congressos foram ganhando mais notoriedade e atraindo cada vez mais personagens ilustres. Neste sentido, tais eventos iam adquirindo um status mais nacional do que regional, mas não apenas porque atraíam médicos de várias partes do Brasil. Embora tivessem uma geografia própria, regional, as doenças que grassavam no interior do Brasil, sobre as quais recaía o foco destes certames, eram de interesse nacional. Disso se valeram os médicos goianos, que aos poucos intensificavam sua atuação, fortaleciam suas redes de intercâmbio e aumentavam sua mobilização em prol do objetivo final que era a fundação de uma faculdade de medicina em Goiás.

Simbolizando um “arrepio nos aldeamentos clássicos da medicina brasileira limitada no litoral, encantada, inspirada e influenciada, quatro séculos, pelas cátedras de outras terras” (Porto & Porto, 1970: 118), a importância de dedicar uma parte deste trabalho à análise destes conclave médicos se deveu, no entanto, não apenas ao fato de possibilitar o estreitamento dos laços entre seus pares, marcando o início da conformação de uma comunidade médica regional mais organizada, mas também pelo peso que estas reuniões periódicas dos médicos do interior tiveram sobre a projeção de seus trabalhos além dos limites do Brasil Central. Como clínicos do interior, especialistas nestas enfermidades, os goianos nutriam uma rede da qual faziam parte médicos dos grandes centros, interessados nestas questões, mas sem a facilidade do acesso aos problemas. Com suas pesquisas clínicas, os goianos faziam o conhecimento circular do interior para o

litoral, da periferia para o centro, em um movimento ininterrupto que garantiria benefícios para ambos os lados.

## **2.2. ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS: “ELEVANDO O PADRÃO” DA MEDICINA GOIANA E AGREGANDO OS MÉDICOS ATUANTES NO ESTADO**

“Ao receber esta Presidência, caros colegas, permitam-me parodiar um estadista brasileiro: “ao Luiz Rassi, não se substitui – sucede”. Sim, porque este colega, por duas vezes Presidente da AMG, deixou seus períodos marcados por indelévels realizações que nos esforçaremos por ombrear. Dois Congressos Médicos que por si só responderiam por estas gestões foram acrescidos de realizações que tornam o seu nome eternamente ligado à história da AMG. Estes dois Congressos, de repercussão nacional, dos quais resultaram medidas governamentais que vieram beneficiar a população do país, são frutos da iniciativa e espírito de organização do nosso ex-presidente. Ademais, obras que iniciaremos em a nossa gestão, foram por ele idealizadas e somente não levadas a termo por falta de meios que só agora as tornaram factíveis. Calmo e ponderado, sempre dispensando aos colegas um tratamento de “gentleman”, conseguiu reger os destinos da AMG conservando a união da classe, fator indispensável para a soberania e desenvolvimento da profissão médica”

(Noticiário, 1959a: 70).

Extraído do discurso proferido por Eduardo Jacobson ao assumir a presidência da Associação Médica de Goiás (AMG) em 1959, o trecho acima sugere o papel relevante desempenhado por Luiz Rassi enquanto esteve à frente desta entidade ao longo de seus três mandatos. Escolhido como primeiro presidente da associação em 1951, foi reeleito para o biênio seguinte e permaneceu no cargo durante os quatro primeiros anos de vida desta sociedade médica, voltando a assumi-lo em 1957. O fato de ter estado no comando desta instituição desde seus primórdios, em um período que pode ser considerado de amadurecimento e consolidação da AMG como órgão representativo dos médicos goianos, confere a Rassi um papel de destaque no âmbito deste trabalho.

Durante sua gestão inicial, a referida entidade promoveu e se engajou em uma série de atividades marcantes para a história da medicina local. Além da realização de dois congressos médicos de grande relevância para Goiás, aos quais

se referiu Jacobson em seu discurso e sobre os quais muito se falou na seção anterior, ao longo dos quatro anos em que Rassi atuou como presidente da AMG foram também lançadas as bases para a constituição da Faculdade de Medicina de Goiás – considerada nesta tese o ápice do processo de institucionalização da medicina goiana. Atuando como liderança de peso, Rassi contribuiu para que a AMG se firmasse localmente e obtivesse reconhecimento interno, adquirindo autonomia para falar em nome de todos os médicos do Estado. Conferindo organicidade e coesão aos médicos goianos, a associação também obteve reconhecimento externo e alcançou êxito ao vocalizar algumas de suas demandas junto às esferas estaduais e federais de saúde.

Descendente de família libanesa, Luís Rassi nasceu em Cuba em 05 de abril de 1920 e chegou ao Brasil quando tinha apenas quatro anos de idade. Em Goiás, sua família se estabeleceu em Vianópolis, cidade que dava seus primeiros passos com a chegada da estrada de ferro. Atuando no comércio local, ali permaneceriam por quase 20 anos. Tendo iniciado seus estudos no único grupo escolar primário da região, Rassi não pôde dar sequência imediata à sua formação pela falta de um curso ginásial próximo ao local onde morava. Somente dois anos depois de ter concluído o primário ingressou no ginásio fundado pela comunidade árabe-libanesa em Ipamerí, cidade que embora ficasse a 135 km de Vianópolis, era mais próxima do que a capital do estado, onde havia um Liceu. Ali estudaria apenas os dois primeiros anos, concluindo o curso ginásial em São Paulo. Durante as férias, Rassi viajava para o Rio de Janeiro onde seu irmão mais velho Alberto cursava a Faculdade Nacional de Medicina. Inspirado por ele, Rassi foi adquirindo gosto pela profissão e acabaria optando também pela carreira médica.

Após cursar o pré-médico por dois anos no Rio de Janeiro, Rassi ingressou na mesma faculdade que o irmão em 1942. Em sua turma estavam também outros goianos provenientes de cidades como Ipameri, Anápolis e Goiás, entre eles Hugo Frota, Anapolino de Faria e Johnny Costa, os quais viriam a ser seus colegas de profissão em Goiás. No entanto, Rassi ressalta em depoimento que a maioria dos alunos oriundos de regiões do interior do país, ao se formar, optava por permanecer na capital federal em função das dificuldades vivenciadas em seu meio

de origem. Algumas destas dificuldades são descritas pelo próprio Rassi ao relatar o período em que viveu em Vianópolis. Segundo ele, poucos médicos atuavam na região, especialmente pela inexistência de uma farmácia que pudesse atender às suas prescrições. A fixação de um médico no local teria sido decorrente do estabelecimento de uma farmácia na cidade nos anos 30. Para os casos mais graves a solução era cruzar as fronteiras do estado e buscar a cidade mineira de Araguari, que contava com mais recursos na época (LR, 2006, fita 01/lado A).

Para se manter no Rio de Janeiro, Rassi contou com a ajuda financeira do irmão Alberto. Formado dois anos antes de seu ingresso na faculdade, Alberto já havia se estabelecido em Goiânia, cidade recém-inaugurada, e havia montado um Serviço Médico-Cirúrgico – que mais tarde se transformaria em uma casa de saúde – sendo um dos médicos pioneiros da nova capital goiana. Assim, após sua formatura em 1947, Rassi não cogitou permanecer no Rio, apesar das propostas que recebeu. Dirigiu-se para Goiânia para trabalhar ao lado do irmão, onde fixou residência deste então (LR, 2006, fita 01/lado B). Entre 1948 e 1953 especializou-se em cirurgia geral no Hospital das Clínicas de São Paulo e dividiu seu tempo entre as duas capitais, pois já trabalhava na então Casa de Saúde Dr. Rassi. A exemplo do irmão mais velho, com seu trabalho também ajudou a manter outros três irmãos que na ocasião cursavam medicina na capital federal. A esta altura já havia participado do IV Congresso do Triângulo Mineiro e II do Brasil Central, que se realizou em Uberaba em 1950, e atuava como presidente da Associação Médica de Goiás, à frente da qual permaneceria até 1954.

Em 1956 os irmãos Rassi decidiram construir um hospital de maiores proporções – o Hospital São Salvador<sup>46</sup>. No entanto, as dificuldades financeiras surgidas durante sua construção obrigaram os irmãos a pedirem um empréstimo ao Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) visando sua conclusão. A aquisição da quantia necessária, no entanto, ficou condicionada ao convênio assinado com aquele instituto por meio do qual o referido hospital ficava

---

<sup>46</sup> Embora se chamasse Hospital São Salvador, segundo Luiz Rassi, era mais conhecido como ‘Hospital dos Rassi’, nome que acabou prevalecendo. Atualmente, este hospital pertence ao governo e é conhecido como ‘Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi’, nome dado pelo prefeito local em homenagem a um de seus fundadores (LR, 2006).

responsável pela prestação dos primeiros serviços médicos em Brasília, onde cabia montar um posto de atendimento em caráter emergencial (LR, 2006, fita 02/lado B). Tal assistência era prestada em uma pequena construção de madeira na qual atuavam apenas um médico e um enfermeiro, responsáveis pelo atendimento inicial aos operários que chegavam para trabalhar nas obras de construção da nova capital. Pacientes em estado mais grave eram atendidos em Goiânia, para onde eram transferidos em avião disponibilizado pelo governo goiano<sup>47</sup>.

Luiz Rassi viajava periodicamente a Brasília para acompanhar os trabalhos de assistência médica então sob sua responsabilidade. Percebendo que o número de pacientes aumentava a cada dia em função da grande quantidade de operários que demandavam o canteiro de obras, e que a estrutura do pequeno posto de saúde não estava sendo capaz de prestar assistência de forma adequada, sugeriu à NOVACAP a construção de um hospital. Tal sugestão foi prontamente atendida e deu origem ao Hospital Juscelino Kubitschek de Oliveira – o HJKO – fundado em 1957. Para compor o quadro médico definitivo deste hospital, Rassi levou entre 12 e 15 médicos de Goiânia, os quais iniciaram seu trabalho como contratados do Hospital Rassi, mas depois permaneceram como funcionários do IAPI. Sua inauguração oficial aconteceu com a realização de duas cirurgias bastante significativas: uma de bócio e outra de megaesôfago, patologias comuns em Goiás, como se viu anteriormente.

Realizadas pelo próprio Luiz Rassi, tais cirurgias foram programadas para constituírem marco histórico do início do funcionamento do centro cirúrgico do hospital, embora as doenças tratadas tenham sido ocasionais (LR, 2006, fita 03/lado A). Nomeado como diretor do HJKO, Rassi permaneceu no posto apenas até janeiro de 1958, quando entregou o cargo ao presidente do IAPI sem receber o prometido empréstimo. O não cumprimento do acordo obrigou os irmãos Rassi a venderem o hospital inacabado para o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciários (IAPC) por uma quantia que não correspondia a seu valor real. Com uma parte deste dinheiro em mãos, os irmãos Rassi deram início à construção de um novo hospital. Com o golpe militar de 64, a direção do IAPC foi alterada,

---

<sup>47</sup> Para maiores informações sobre o atendimento médico inicial em Brasília Cf. Vieira, 2007; 2009.



repercutindo na suspensão do restante do pagamento. Depois de conturbadas negociações, o referido instituto resolveu quitar a compra (LR, 2006, fita 03/lado A) e os irmãos puderam inaugurar o novo Hospital São Salvador, existente até hoje.

O envolvimento com a história de Brasília constituiu um capítulo importante na trajetória de Luiz Rassi, mas não será aqui aprofundado. Apesar disso, vale a pena registrar suas impressões sobre a nova capital federal, as quais se coadunavam com a de seus pares atuantes em Goiás. Compartilhava com eles o entusiasmo e a certeza das novas perspectivas que a cidade traria para o Estado como um todo e, principalmente, para a medicina local. Considerando a desproporção entre o número de habitantes e a quantidade de médicos disponíveis, considerou que Brasília poderia contribuir para disseminar a medicina em cidades pouco servidas por estes profissionais (LR, 2006, fita 04/lado A). Segundo ele, a interiorização da capital federal teria acarretado profundas modificações na forma como era praticada a medicina na região:

*“(...) Do ponto de vista geral, Brasília representou o grande progresso que o estado e toda região centro-oeste brasileiro sentiu com a sua construção. Houve desenvolvimento populacional, desenvolvimento econômico, desenvolvimento social. No desenvolvimento social, nós podemos dizer, incluindo os médicos, houve um grande surto de desenvolvimento para a aplicação da medicina. Os médicos que inicialmente viviam no interior aqui, era interior, tinha[m] uma medicina prática, pouco científica, mais empírica ou mais prática. Na medida que Brasília se consolidava como capital e a população aumentava, as exigências da própria população obrigava[m] os médicos a melhorar a sua capacitação profissional. Com isso os médicos se especializaram. Muitos permaneceram, outros se especializaram, de que forma? Buscando conhecimento em outros lugares, outros centros médicos mais avançados, trazendo para essa região os conhecimentos mais atualizados (...)” (LR, 2006, fita 04/lado A).*

Apesar das impressões positivas de Rassi sobre o papel que a transferência da capital exerceu sobre o desenvolvimento médico na região – quase um lugar comum na fala dos médicos goianos – vale destacar que ele não foi determinante. É certo que a nova capital federal representou um grande motor para o desenvolvimento do interior do país em vários sentidos, inclusive para a medicina

goiana na medida em que ampliou sua visibilidade e permitiu que alguns projetos importantes, como a própria fundação de uma faculdade de medicina local, se concretizassem. No entanto, já é possível notar a conformação de uma comunidade médica regional bastante ativa e afinada com preceitos médico-científicos comuns aos grandes centros antes mesmo do início de sua construção. É isso que venho tentando mostrar, inicialmente com os congressos médicos e a partir de agora com a associação médica goiana.

Se Goiânia pode ser reconhecida como cidade onde isso se observa de modo mais evidente, também não se pode negar o esforço dos médicos ali atuantes em expandir para todo o Estado os benefícios adquiridos por conta de sua ampla circulação e contato com médicos importantes. Assim, se o desenvolvimento da medicina em padrões elevados, comparáveis aos dos grandes centros, não abrangeu todo o território goiano, também não ficou restrito à capital. Como será possível observar, a implantação de seções regionais da AMG em diferentes pontos de Goiás, por exemplo, funcionou como estratégia de que lançou mão a associação não apenas para estreitar os vínculos com seus membros mais distantes, mas também para facilitar a difusão do conhecimento e o aprimoramento da medicina levada a cabo no Estado. Em síntese, o que quero dizer é que o fato de atuarem no interior do país não deve ser diretamente relacionado a uma prática médica pouco afeita aos avanços da medicina ou mesmo defasada devido ao 'provável' isolamento em que se encontravam. Além disso, tanto os congressos médicos regionais já analisados como a associação médica aqui abordada mostram que, mesmo antes de Brasília, a comunidade médica goiana não deixava de se atualizar, de se aperfeiçoar e se reinventar. O papel desempenhado neste sentido pela AMG, tendo Luiz Rassi em sua dianteira, é bastante relevante e merece ser analisado.

Embora não tenha sido possível localizar os estatutos originais da Associação Médica de Goiás, nos quais as finalidades da instituição estariam claramente indicadas, por meio das fontes coletadas foi possível delinear alguns objetivos bastante representativos das atividades que a associação encetaria desde seus primórdios. Assim, além de seu comprometimento com o aperfeiçoamento da medicina praticada na região, a associação buscou desde o início agregar em torno

de si todos os médicos atuantes no Estado e se engajou em projetos que visavam melhorar os níveis da saúde pública. Para alcançar êxito nestas tarefas, a AMG organizou jornadas médicas e passou a instituir nas cidades do interior seções regionais, o que ampliava sua legitimidade e representatividade. Além disso, se envolveu diretamente em campanhas de educação sanitária, debateu junto à Secretaria de Saúde do Estado medidas de prevenção a determinadas doenças e cobrou das autoridades a nível federal mais atenção para problemas específicos de Goiás.

Apesar do compromisso da associação com estas questões, seu surgimento foi fruto de uma demanda bastante específica e que nada teve a ver com nenhum destes aspectos. Como já mencionado neste capítulo, a ideia de fundar uma associação médica em Goiás decorreu da necessidade de organizar os médicos do estado para receber o III Congresso Médico do Brasil Central e V do Triângulo Mineiro em 1951. A sugestão de que Goiânia fosse a próxima cidade a sediar o evento partiu de um grupo de médicos que participou do congresso que se realizou no ano anterior em Uberaba, entre os quais estava Luiz Rassi. Estes teriam assumido em assembleia o compromisso de instituírem uma sociedade em torno da qual gravitassem os médicos goianos. Assim, foi em resposta a esta necessidade mais objetiva e imediata que em 28 de novembro de 1950 pouco mais de uma dúzia destes profissionais se reuniu na sede do Laboratório Mazda, em Goiânia, para fundar a AMG, cuja primeira diretoria seria empossada em janeiro de 1951.

No arquivo disponibilizado para consulta na sede da associação as primeiras atas de suas reuniões não foram localizadas. No entanto, a reprodução da ata fundacional da AMG em livro comemorativo de seus 60 anos permite que seja observado um aspecto interessante: a preocupação em fundar uma sociedade “inteiramente afastada da influência oficial” (Morais, 2009: 14). Esta preocupação, registrada nesta primeira reunião, chama a atenção e merece ser ressaltada, especialmente pela oportunidade que oferece de se abordar este tipo de associação historicamente. Se na época aqui considerada constituir uma sociedade científica nestes moldes, ou seja, sem a ingerência direta do Estado, já era algo bastante comum, nas primeiras instituições deste tipo que surgiram na América Latina

entre os séculos XVIII e XIX, os interesses privados e estatais não eram tão facilmente discerníveis. Embora a maioria destas agremiações tivesse caráter privado, o Estado desempenhou um papel importante em sua manutenção e funcionamento, afinal, ao mesmo tempo em que se apresentavam como locais por excelência da prática científica convertiam-se também em órgãos assessores dos governos, colocando-se a serviço da modernização de seus países (Capel, 1992; Ferreira, Maio & Azevedo, 1998).

Apesar da efemeridade da maioria destas sociedades científicas no contexto latino-americano, os historiadores ressaltam seu importante papel no processo de institucionalização da ciência (Ferreira, Maio & Azevedo, 1998; Teixeira, 2007). No entanto, à medida que o lugar preferencial de produção científica foi se transferindo para o ambiente das universidades e institutos de pesquisa no final do século XIX, estas instituições tornaram-se cada vez mais especializadas e profissionais (Capel, 1992). Segundo Teixeira, nas últimas décadas deste século as sociedades científicas se multiplicaram pelo Brasil. Deste conjunto, destacam-se as sociedades médicas que, segundo o autor, teriam especificidades que as singularizariam em relação às demais. Tais especificidades se referem justamente ao importante papel que desempenharam na organização profissional da categoria médica, na defesa de seus interesses corporativos e na sua atuação como consultores do Estado para assuntos relacionados à saúde pública (Teixeira, 2007: 26).

Abordadas segundo um contexto bastante específico, no qual o conhecimento médico ainda buscava se afirmar como saber oficial perante o Estado e a sociedade, é possível notar algumas semelhanças entre o perfil destas sociedades descritas por Teixeira e outras que nasceram já no século XX sob a égide da medicina como conhecimento plenamente estabelecido e consolidado oficialmente. É o caso da Associação Médica de Goiás, que tal como suas congêneres do final do século XIX, ainda carregava as bandeiras da “união e defesa da classe médica” como prioridades. Embora o cenário para o atendimento destas demandas tivesse se alterado profundamente desde então e conformasse outro repertório de questões a ser enfrentado, muitas vezes é possível se deparar com

embates que seriam facilmente reproduzíveis no passado, como, por exemplo, a questão medicina x curandeirismo.

Atuando intensamente em vários âmbitos, a diretoria da AMG contaria com o auxílio de algumas comissões. Inicialmente foram criadas apenas a de finanças e a de defesa da classe. A elas se somariam já no biênio 1953/1954 as comissões de saúde pública, científica e de ensino médico, cujas especialidades já indicam os principais temas que mobilizavam os médicos goianos em suas reuniões. A princípio a AMG não contava com sede própria – assunto que estaria em pauta ao longo de todo o período aqui abordado, que vai desde a fundação da AMG em 1950 até a fundação da Faculdade de Medicina de Goiás em 1960. Até a inauguração de sua sede, as reuniões se realizaram inicialmente nas dependências do Laboratório Mazda e logo depois no auditório da Secretaria de Saúde do Estado. Geralmente eram semanais e noturnas, e, através das assinaturas nas atas, é possível constatar que pelo menos até 1955 a quantidade de associados presentes às reuniões nunca ultrapassou o número de 20. Muitos e diversificados eram os temas abordados. Embora muitas vezes relacionados, por uma questão de organização optei por reuni-los em torno de três tópicos principais: união e defesa dos médicos, aperfeiçoamento médico-científico e saúde pública.

### **2.2.1 A Congregação dos médicos sob a égide da bandeira da AMG**

“Não podemos deixar de tecer comentários e fazer os melhores elogios ao espírito associativo que anima, atualmente, todos os colegas de profissão, na luta por ideais sadios, no desejo elogiável de unificar cada vez mais a poderosa classe médica. Dias de fastígio estarão reservados para nós, estejamos certos! As dificuldades encontradas no início da caminhada serão consideradas motivo de estímulo, para que os esforços se redobrem e, possamos, afinal, atingir um amadurecimento eficaz e produtivo. E, ao fazermos essa referência – autêntica profissão de fé – apelamos com veemência para os ilustrados colegas do interior goiano, no sentido de que eles se integrem totalmente em nosso seio, emprestando seus valiosos concursos à Associação, de vez que, cada adesão, de um colega representará mais um elemento ativo de progresso, concorrendo para o maior prestígio de nossa agremiação no conceito das demais filiadas à Associação Médica Brasileira”

(Discursos proferidos durante o Congresso, 1951: 31-32).

O trecho acima é parte do discurso proferido por Luiz Rassi no encerramento do V Congresso Médico do Triângulo Mineiro e III do Brasil Central, que havia se realizado em Goiânia em 1951. Tratava-se do primeiro ano da Associação Médica de Goiás e a ocasião era bastante propícia para propagandear a nova instituição e reforçar a importância de os médicos goianos se vincularem oficialmente à sua entidade. Entre os participantes daquele congresso estavam médicos provenientes de vários pontos do estado. Pelo menos 21 cidades de Goiás, além de Goiânia, estavam representadas no evento segundo relação publicada nos *Arquivos de Saúde Pública*, entre elas algumas futuras seções regionais da AMG<sup>48</sup>. O tema da ‘união da classe’, no entanto, não se configurou como uma preocupação restrita aos anos iniciais da instituição. O desejo de aglutinar todos os médicos do Estado foi um objetivo perseguido até o final do recorte temporal aqui estabelecido e em todas as oportunidades foi reforçado, especialmente em eventos de maior monta.

Entre 1950 e 1960 a AMG teve três presidentes. Além de Luiz Rassi, que ocupou o posto nos biênios 1951/1952, 1953/1954 e 1957/1958, preencheram também o cargo Wilson Mendonça, entre 1955 e 1956, e Eduardo Jacobson entre 1959 e 1960. Embora todos tenham se empenhado nesta causa, foi Luiz Rassi o que mais se manifestou a respeito até o término de seu último mandato. Em tom de despedida, assinou um editorial intitulado ‘união da classe’, publicado na *Revista Goiana de Medicina* em 1958:

*“(...) urge que todos os colegas que militam no Estado de Goiás ingressem no seio da AMG para a efetiva união da classe, visando seu próprio benefício. Hoje que a Associação Médica Brasileira representa uma força política ponderável, capaz de influir nos destinos de vários setores relacionados com o exercício da Medicina e Saúde Pública necessário se torna que a prestigieemos cada vez mais através de nossa federada, a fim de assegurarmos um futuro melhor e mais condigno para a classe médica em nosso País. Incentivemos e lutemos pela total união da classe!(...)”* (Rassi, 1958c: 302).

---

<sup>48</sup> Na relação publicada neste periódico constam médicos provenientes das seguintes cidades: Anápolis, Aurilândia, Anicuns, Buriti-Alegre, Caldas Novas, Firminópolis, Formosa, Goiandira, Goiás, Inhumas, Ipamerí, Itumbiara, Jaraguá, Jataí, Morrinhos, Palmeiras, Pires do Rio, Rio Verde, Suçuapara, Trindade e Uruaçu (III CMBCTM - notas do importante conclave científico em Goiânia, 1951: 18-21).

Embora não se tenha o registro da quantidade de médicos filiados à associação neste período, nas atas de suas reuniões e nos balanços anuais publicados da RGM há algumas informações neste sentido. Em 1955, por exemplo, a AMG registrava o ingresso de 10 sócios e em 1957 de mais 16, estes últimos provenientes de Piracanjuba, Goianésia, Goiânia, Luziânia, Ipamerí e Bela Vista de Goiás (Noticiário, 1958a: 68), o que demonstra a abrangência da entidade. A atuação de Luiz Rassi à frente da sociedade nos seus primeiros anos de vida, conduzindo seus rumos e definindo as prioridades da nova instituição, fez a diferença. Nas atas das reuniões realizadas entre setembro de 1951 e janeiro de 1955 é possível acompanhar as estratégias de que lançou mão para levar o nome da associação a diferentes regiões do estado. Entre estas estratégias, destaco a realização de excursões e a organização de jornadas médicas – estas últimas, o ponto de partida para a fundação de seções regionais da entidade.

As excursões, ao que parece, foram iniciativas mais pontuais que se caracterizaram por viagens encetadas por alguns membros com a intenção de divulgar a associação e conseguir novos sócios. Nas atas das reuniões estão registradas algumas informações neste sentido, como por exemplo, a viagem de Glória Mendes a Pires do Rio, onde teria conseguido mais quatro adesões (ata da 34ª sessão – 25/09/1951) e a organização de uma excursão a Anápolis “a fim de promover maior adesão da classe naquela cidade” (ata da 49ª sessão – 10/06/1952).

Já as jornadas médicas configuraram um evento mais amplo e bem organizado, no qual tomavam parte inclusive os cidadãos locais. Eram programadas com mais antecedência e nas reuniões da AMG definiam-se quais médicos iriam compor a comitiva que se deslocaria para determinada cidade, os temas que abordariam em palestras e uma data. Tal como ficou firmado em ata por ocasião da jornada que se realizaria na cidade de Goiás em 09 de agosto de 1952 “a par de estimular e difundir conhecimentos médicos [as jornadas] tem a vantagem de estabelecer maior união da classe” (ata da 56ª sessão – 05/08/1952). Nestas ocasiões a AMG também percebia se havia interesse e ambiente para a instalação de uma seção regional. Com relação a isso, dois artigos haviam sido inseridos nos

estatutos da associação após o primeiro ano de gestão de Luiz Rassi. São eles: artigo 63º “deverão ser criadas seções regionais em localidades onde existirem pelo menos 05 médicos associados” e artigo 64º “deverão ser nomeados pela Diretoria representantes oficiais da AMG na localidade onde existirem no mínimo 03 médicos” (ata da sessão da 40ª sessão – 10/12/1951).

Alguns médicos participantes da jornada médica realizada em Ipamerí em julho de 1952 relataram suas impressões: “encontraram coesão, boa vontade e acolhimento excepcional por parte dos colegas locais. Sugerida foi aprovada a criação de uma Regional naquela cidade em face da coesão da classe e do número de colegas” (ata da 54ª sessão – 14/07/1952). Na mesma ocasião, ficou registrada a demanda por jornadas médicas por parte dos médicos de Rio Verde, Anápolis, Morrinhos e cidade de Goiás (esta última contemplada com o evento no mês seguinte). Conformando uma excelente oportunidade de os médicos da capital estreitarem os laços com seus colegas atuantes em cidades mais distantes, por meio das jornadas médicas também o conhecimento médico-científico circulava. Na medida em que alguns membros da associação eram chamados a participar apresentando trabalhos sobre temas que lhes fossem mais convenientes, isto contribuía para que seus pares atuantes em cidades mais distantes se atualizassem, melhorando o padrão da medicina praticada no estado. Alguns destes trabalhos se transformaram em artigos e foram publicados nas revistas médicas locais e em outras de maior circulação, como *O Hospital*<sup>49</sup>.

As excursões e jornadas médicas geralmente antecederam a instalação de uma seção regional da AMG. Foi o que aconteceu, por exemplo, em Ceres. Após uma primeira incursão à cidade, na qual foram visitados colegas e hospitais locais, decidiu-se pela instalação de uma regional (ata da 95ª seção – 29/09/1953). No mesmo dia uma diretoria provisória foi empossada e agendada a data de sua instalação definitiva, o que aconteceu em uma sessão extraordinária realizada no

---

<sup>49</sup> Este foi o caso, por exemplo, do trabalho apresentado por Wilson Mendonça e Dimitri Novgorodcev - respectivamente cirurgião e radiologista da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia – na Jornada Médica de Ipamerí que se realizou em julho de 1952. Intitulado “Granulona eosinófilo do fêmur” saiu publicado tanto em *O Hospital* como nos *Arquivos de Saúde Pública*. Cf. Mendonça & Novgorodcev, 1953.



Centro Cirúrgico de Ceres em março de 1954. Tais solenidades de instalação de regionais seguiam mais ou menos um mesmo ritual que envolvia inicialmente uma parte mais formal, na qual membros da diretoria recém-empossada e o presidente da AMG discursavam. Realizava-se em seguida uma sessão científica, em que tomavam parte membros da associação previamente inscritos para a apresentação de trabalhos e, por fim, debatiam-se questões importantes para os médicos e que estivessem em voga na ocasião do evento. A solenidade de instalação da regional de Anápolis, registrada em ata, permite que se acompanhe em detalhes o funcionamento dessa liturgia.

A Seção Regional de Anápolis foi a primeira a ser fundada, em 1951. Ao que tudo indica, sua instalação foi fruto de um requerimento assinado por nove colegas daquela cidade (ata da 33ª sessão – 18/09/1951), os quais demandaram por escrito uma regional. Sua fundação foi registrada na ata da 5ª sessão extraordinária da AMG, datada de 16/09/1951, mas a posse definitiva de sua diretoria só aconteceu um ano depois. Na ocasião estavam presentes não apenas os médicos de Anápolis e de Goiânia, mas também juízes, promotores públicos, autoridades municipais e representantes da imprensa. Na ocasião discursaram Luiz Rassi, para o qual “os colegas já começavam a compreender a força da união”, Anapolino de Faria, que na posição de presidente provisório teceu um histórico sobre a fundação daquela seção regional e congratulou-se com seus colegas pela escolha de James Fanstone<sup>50</sup> como presidente definitivo, Paulo Rosa, médico de Anápolis, e o próprio Fanstone, que tomava posse naquela oportunidade (sessão extraordinária de posse da diretoria definitiva da seção regional de Anápolis – 06/09/1952).

Em seguida aos discursos, teve início a programação científica da solenidade, aberta ao público, que contou com a apresentação de trabalhos por

---

<sup>50</sup> Vale a pena destacar a trajetória peculiar deste médico. James Fanstone era filho de missionários ingleses que se estabeleceram temporariamente no Recife no final do século XIX. Três meses após seu nascimento a família voltou para a Inglaterra, onde Fanstone se formaria médico pela Universidade de Londres. Em 1922 chegou ao Brasil e permaneceu por dois anos entre São Paulo e Belo Horizonte preparando uma tese que o permitiria atuar como médico no país. Em 1924 se instalou definitivamente em Anápolis, onde começou a clinicar deste então. Em 1927 sua clínica, que até então havia funcionado em sua própria casa, transformou-se no Hospital Evangélico Goiano – o primeiro hospital particular de Goiás. Em 1934 fundou a Escola de Enfermagem Florence Nigthingale – terceira do país (Cf. Godinho, 2005).

parte de Rodovalho Mendes Domenici falando sobre “O valor do dispensário na luta contra a lepra” e Francisco Ludovico de Almeida Neto abordando o tema do câncer do colo e a importância do diagnóstico precoce. Após a apresentação destes trabalhos foi exibido o filme “Zé: o descuidado que focalizou a luta contra a verminose na zona rural”. Depois a sessão foi encerrada para o público, mas continuou para os médicos e Wilson Mendonça apresentou seu trabalho “puramente científico”. Em seguida os médicos debateram alguns temas importantes como o valor dos honorários pagos pelos exames realizados para companhias de seguros. Finalizando os trabalhos deste dia, Almeida Neto propôs que os colegas de Anápolis os visitassem “levando para Goiânia as suas experiências no campo vasto da medicina tão bem representada nos colegas dessa florescente cidade, estreitando cada vez mais nossos laços de amizade e elevação cultural e científico” e “como já fosse 1 e meia da manhã, foram os trabalhos encerrados” (sessão extraordinária de posse da diretoria definitiva da seção regional de Anápolis – 06/09/1952).

Como foi possível perceber, a instalação de uma seção regional envolvia não apenas os médicos, mas também a sociedade. Assim, o ritual de sua fundação ultrapassava o campo da mera formalidade, na qual os membros da diretoria empossada discursavam e confraternizavam com seus pares. Configurava-se também como oportunidade de difundir algumas informações importantes sobre saúde e higiene, ficando nítido mais um dos compromissos assumidos pela AMG. Nestas ocasiões, questões importantes para os médicos que diziam respeito diretamente a seus interesses eram debatidas, e estimulava-se a reflexão e o trabalho científico na medida em que os colegas de Goiânia proferiam palestras sobre temas relevantes. Em algumas ocasiões, médicos de fora do estado eram convidados a tomar parte nestes eventos. Foi o caso, por exemplo, da instalação da seção regional de Brasília, na qual compareceu o renomado gastroenterologista atuante no Rio de Janeiro Geraldo Siffert de Paula e Silva (Noticiário, 1958a: 70).

Infelizmente não é possível ter uma ideia tão próxima acerca do processo de instalação das demais regionais porque as atas posteriores a janeiro de 1955 não foram encontradas. Por meio da seção ‘noticiário’ da revista goiana sabe-se que

outras três seções foram instaladas até 1960: além das regionais de Anápolis e Ceres, foram fundadas também regionais em Jataí, Brasília (que se tornou uma associação independente antecipando-se à autonomia do DF em 06/02/59) e Morrinhos, que congregava também as cidades de Buriti Alegre, Pontalina, Caldas Novas, Itumbiara, Piracanjuba e Goiatuba, fundada em abril de 1959. Embora não tenha sido tão detalhadamente descrita, a notícia sobre a instalação desta última regional permite que se afirme pela manutenção do ritual tal como quando foram fundadas as primeiras seções desta natureza (Noticiário, 1959b: 166).

As excursões e jornadas médicas se mantiveram na agenda da AMG entre 1950 e 1960 e, como se viu, conformavam geralmente uma prévia à instalação de seções regionais. Uma vez instaladas, cada regional possuía um calendário próprio de eventos e reuniões científicas que contava também com seminários, visita de personagens ilustres do meio médico nacional e cursos de atualização – tudo divulgado por meio da *Revista Goiana de Medicina*. Isso permite concluir pela autonomia de que desfrutaram em relação à sede em Goiânia, o que não implicava em isolamento e indiferença para com os problemas que mobilizavam a AMG. A cooperação e interação entre as seções regionais são bastante visíveis. Seus membros circulavam indistintamente participando de reuniões científicas e seminários, como no caso de médicos de Goiânia e Ceres que participaram de um simpósio sobre anemias promovido pela seção de Anápolis em 1956 (Noticiário, 1956a: 139). Estes espaços serviam como pólos de intercâmbio intelectual entre os médicos goianos, nos quais também se estreitavam os laços entre os pares atuantes no estado e se reforçavam os vínculos das seções com a sede na capital.

Entre os assuntos mais relevantes que estiveram em pauta nas discussões dos membros da AMG no período aqui recortado para análise, e que levaram a instituição a entrar em cena como legítima porta-voz dos anseios dos médicos do estado, está a conformação de uma tabela padronizada de preços para exames médicos e laboratoriais prestados a companhias de seguro e o movimento grevista por conta da não aprovação do projeto 1082/50 pela Câmara Federal<sup>51</sup>. Com relação ao primeiro tema, é interessante acompanhá-lo não apenas porque

---

<sup>51</sup> Interessante destacar a incorporação por parte da AMG de funções próprias da luta corporativa mais comumente encetada pelos sindicatos.

configura uma oportunidade de ver a associação médica goiana atuando em defesa do grupo médico, mas principalmente porque mostra como se processavam as negociações entre os pares. Mobilizados via telefone, cartas e circulares, os médicos atuantes no interior também eram chamados a expressarem suas opiniões por estas vias, quando não era possível debater o assunto *in loco* – oportunidade oferecida sempre que as jornadas médicas eram organizadas.

A negociação em torno da criação de uma tabela atualizada e padronizada de preços dos serviços médico-cirúrgicos prestados a companhias de seguro foi amplamente debatida em plenário entre os anos de 1952 e 1956. As conclusões a que chegavam os médicos em Goiânia a este respeito, e as decisões tomadas, eram comunicadas aos colegas do interior em geral por meio de circulares. Através destas, a AMG solicitava sua cooperação, fosse opinando ou aprovando projetos. A sintonia em que sede e regionais se encontravam, pelo menos no que diz respeito a este assunto, ficou registrada na ata da 52ª sessão. Rodovalho e Villela, médicos que atuavam em Goiânia, comunicaram que “praticamente 100% dos colegas de Anápolis são solidários com as campanhas pró-aumento exames seguro de vida e de acidentados”. Ao mesmo tempo em que encarecia a necessidade de participação de todos os sócios, a AMG estava em consonância com as resoluções tomadas por suas congêneres de outros estados e com a própria AMB. Assim, na sessão de junho de 1952 encaminhou para uma série de associações regionais e para a AMB, uma tabela de preços organizada e devidamente aprovada pela AMG (ata da 49ª sessão da AMG – 10/06/1952). A complexidade do tema se traduz pelo tempo que levou a negociação entre médicos e companhias de seguros até se chegar a um acordo. Em vários momentos as relações entre as partes se acirraram.

Em função da resistência das empresas de seguro em pagar os valores considerados justos pelos médicos, estes decidiram não realizar exames para estas companhias. No entanto, a decisão parecia não ser unânime entre os médicos e denunciavam-se colegas que estariam “furando tal resolução” (ata da 57ª sessão – 19/08/1952). Ao final do mês de agosto de 1952 o clima entre as companhias de seguros e os médicos esquentou e em ata ficou registrada a pressão destas empresas sobre os médicos, forçando-os a realizar exames sob ameaças. Foi o que

aconteceu com dois médicos de Anápolis, os quais pediam esclarecimento à AMG sobre como proceder diante de tal situação. Como sugestão, alguns médicos sugeriram que fosse encaminhado “um ofício circular aos colegas avisando-os que o movimento junto às Cias de Seguro continua firme malgrado a atitude tendenciosa de certos agentes dessas Cias” (ata da 58ª sessão – 26/08/1952). Na ata da sessão extraordinária de posse da diretoria definitiva da Seção Regional de Anápolis da AMG, no mês seguinte, o tema foi devidamente esclarecido e debatido. Ao discursar, Rassi se referiu à questão como uma vitória dos médicos contra as companhias de acidentes de trabalho:

*“(...) Expõe então o presidente nossa luta contra as cias de seguros que já tomou âmbito nacional. Fala da guerra de nervos dos agentes de seguros contra nós médicos e pede aos colegas que ouçam sempre a AMG sobre a veracidade dos textos espalhados para ludibriar a boa fé dos menos experientes. Informa que duas companhias de seguros de acidentes já se submeteram a nossas tabelas. Foi proposto que a Regional a exemplo da AMG fizesse um termo de compromisso e conseguisse a assinatura de todos os colegas o que foi aprovado por unanimidade (...)”. (Ata da sessão extraordinária de posse da Diretoria definitiva da Seção Regional de Anápolis da AMG – 06/09/1952).*

Ao longo dos meses subsequentes ao encontro em Anápolis, o tema se manteve em pauta, sempre contando com o posicionamento dos pares do interior que se manifestavam geralmente por carta e eram informados sobre o andamento das negociações via circulares e telefonemas (ata da 61ª sessão – 16/09/1952). Contando com o apoio da maioria dos colegas no Estado, os médicos goianos conseguiram pressionar as companhias de seguro e obtiveram êxito em suas reivindicações. Na 10ª sessão extraordinária, em março de 1954, ficou registrada a aprovação da tabela com os valores reajustados dos honorários pagos pelas companhias de seguro, o que foi considerado uma vitória “graças à união da classe” (10ª sessão extraordinária – 07/03/54). No balanço das atividades da AMG de 1956 esta questão se dá por finalizada com a organização de uma nova tabela de preços “mais equitativa, para serviços prestados por médicos e hospitais às companhias de seguros e acidentes” (Noticiário, 1956b: 321).

O segundo tema que escolhi para abordar como exemplo da atuação da AMG em defesa dos médicos se refere ao movimento grevista encetado em âmbito nacional por conta da não aprovação do projeto 1082/1950 pela Câmara Federal. A abordagem deste tema permite que se perceba a AMG não apenas como instituição reconhecida entre seus pares, mas também como entidade que falava em nome dos goianos perante órgãos de outras esferas e cuja força e representatividade eram plenamente reconhecidas no âmbito de suas congêneres de outros estados e da AMB. Além disso, mostra como a associação goiana estava informada sobre o andamento de questões importantes para os médicos de um modo geral, podendo se manifestar a respeito justamente por conta disso.

Este movimento é considerado pela historiografia como o primeiro movimento grevista médico brasileiro e teria ficado conhecido como “o movimento da letra o” - letra que correspondia ao patamar inicial para a carreira médica no plano de cargos e salários do funcionalismo público federal e autárquico (Silva, 2010). Sua motivação está associada principalmente à questão da isonomia salarial entre médicos com diferentes vínculos no funcionalismo público e o que os médicos pleiteavam em um primeiro momento era o desarquivamento do projeto 1082/1950 no qual estava estabelecida a equiparação salarial desejada. Sobre este tema versou a primeira reunião do ano de 1952 da AMG, realizada com a finalidade de “ratificar o sumo compromisso de fazer a greve, caso não haja determinação em contrário da AMB” (ata da 41ª reunião – 08/03/1952).

Abrindo a sessão, informavam que haviam recebido uma carta do então deputado Israel Pinheiro manifestando sua boa vontade quanto à aprovação do projeto. Apesar disso, os goianos estavam coesos com o movimento e decididos a paralisar por 24hs (ata da 41ª reunião – 08/03/1952). Assim, aquela sessão teria servido para se debater a forma que a greve assumiria em Goiás. As sugestões dos membros presentes versaram sobre a instalação de postos de assistência em Goiânia e em Campinas e sobre a organização de um comitê de greve, “que se encarregaria de atender todos os casos de reconhecida urgência, com poderes para convocar os serviços de especialistas, se for o caso”. Ficou ainda decidido que cada colega afixaria um cartaz no consultório esclarecendo o motivo da greve e que os

casos de clínica e hospitalizados deveriam ser comunicados ao referido comitê. Na sessão seguinte o presidente propôs que a AMB e a Assembleia Médica do Distrito Federal (AMDF) fossem comunicadas sobre estas providências “tomadas pela AMG no tocante à greve eventual de 12 do corrente” (ata da 42ª sessão da AMG – 18/03/1952).

Segundo trabalho desenvolvido por Raphael Oliveira da Silva (2010), este movimento se caracterizou por diversas fases e foi pontuado por momentos de maior e menor tensão. O ano de 1952 teria sido marcado pela maior adesão ao movimento por parte inclusive de hospitais e outros órgãos científicos. As ameaças de greve eram constantes, mas não se sustentavam e ao menor indício de que o projeto andaria, eram suspensas. A grande pressão exercida pela imprensa e pela sociedade também teria interferido no decorrer do processo. Nas sessões da AMG o assunto continuou em pauta ao longo de todo o ano de 1952 e seu engajamento também era evidente. Na sessão de 19 de agosto definiu-se que a “Comissão de Defesa da Classe fica incumbida de telegrafar aos Srs. deputados federais solicitando-lhes o apoio para aprovação do projeto 1082/50” (ata da 57ª sessão – 19/08/1952). Em outubro Rassi apresentou relatório das atividades dos delegados da AMB que estavam reunidos no Rio de Janeiro no qual se avisava que haviam visitado a Comissão de Saúde Pública da Câmara “onde foram informados de que o projeto 1082/50 seria aprovado em plenário, mas que vem sofrendo “engavetamento” em diversas comissões” (ata da 65ª sessão – 28/10/1952).

O período posterior ao suicídio de Getúlio Vargas, em agosto de 1954, marcado por várias sucessões presidenciais, fez com que os médicos aceitassem ofertas recusadas em períodos anteriores, como o aumento de 40% no salário que havia sido oferecido em 1953. Em 1955 a proposta voltou à mesa de discussões, e foi aceita, embora não tenha saído do papel. Entre 1955 e 1956 a AMG lutou pela manutenção desse abono de 40% concedido aos médicos funcionários pelo governo federal, tomando parte de maneira efetiva na campanha contra a revogação do decreto que beneficiava os médicos funcionários federais e autárquicos. Este assunto, de fato, só seria totalmente resolvido durante o governo de Juscelino Kubitschek, quando finalmente um plano que correspondia às

reivindicações dos médicos foi aprovado pela Câmara no primeiro dia de seu mandato (Silva, 2010: 10).

O importante a reter nesta questão é o apoio que os médicos goianos deram ao movimento, participando ativamente de suas discussões, e a força que demonstravam ter, tendo em vista a mobilização grevista que pretendiam levar a cabo. Outro aspecto que gostaria de ressaltar se refere à participação de representantes do governo nas reuniões, como no caso de Peixoto da Silveira – Secretário de Saúde do Estado. Sua postura de imparcialidade diante do tema foi ressaltada por um colega, que chegou a pedir que ficasse registrada “a maneira correta e coerente com que vem agindo o colega Peixoto da Silveira no tocante à greve, considerando-se o cargo que ocupa”. Apesar disso, sua moção foi rejeitada “em virtude do colega Peixoto fazer parte da Associação na qualidade de médico apenas e não de Secretário de Estado” (ata da 42ª sessão da AMG – 18/03/1952). Esta consideração reforçava a postura da associação, em cuja ata fundacional estava registrada a necessidade de se criar uma entidade “inteiramente afastada do domínio oficial” (Morais, 2009: 14).

Como indicado anteriormente, as relações entre Estado e sociedades científicas são históricas e apesar da autonomia da AMG, não se pode deixar de lado o grande apoio oferecido pelas instâncias governamentais a todas as suas realizações. Desde o congresso médico realizado em Goiânia em 1951 até a fundação da faculdade de medicina em 1960, passando pela construção de sua sede – em todos estes eventos o governo sempre se fez presente, fosse prestigiando ou apoiando financeiramente. Como exemplo tem-se a doação do terreno para que fosse construída a sede da AMG. Desde o primeiro balanço de atividades realizado ao final do primeiro ano como presidente da entidade, Luiz Rassi já indicava o assunto como uma de suas prioridades. Assim, entre as ações da associação em 1951 estava um requerimento encaminhado ao governador do Estado solicitando uma área do terreno para a edificação da sede (ata da 40ª sessão - 10/12/51). Desde então o assunto foi trazido à tona algumas vezes em plenário, sempre no sentido de cobrar do governo a resolução de tal solicitação. Em 1955 a AMG iniciou uma campanha para angariar fundos para a construção do



prédio, ao que parece no terreno já cedido pelo governo, contando para isso com donativos de laboratórios farmacêuticos (Noticiário, 1955: 127).

Ainda em 1957, quando empossado para seu terceiro e último mandato como presidente da AMG, entre os principais pontos do programa de Luiz Rassi constava ainda a construção da sede (Noticiário, 1957a: 58). Em 1959, ao ser empossado, Eduardo Jacobson esperava levar a termo esta empreitada tendo em vista que todas as providências neste sentido já haviam sido tomadas na gestão anterior. Assim, o requerimento para aprovação da planta já estava no Departamento de Viação e Obras Públicas e tão logo fosse aprovada, as obras começariam. Ao concluir seu discurso de posse, Jacobson assim se manifestou:

*“(...) Terminando, sem deixar de respeitar o caráter apolítico desta Associação, queremos agradecer ao governo de Goiás o apoio que sempre nos dispensou, jamais nos regateando meios que nos pudessem favorecer em nossos empreendimentos. Este agradecimento é extensivo à Assembleia Legislativa pela aprovação dos projetos de verbas de auxílio para o último congresso médico e para a construção da sede (...)”* (Noticiário, 1959a: 72)

O editorial do primeiro número da RGM de 1959 foi dedicado ao tema e assinado por Jacobson. Tratava-se de uma mensagem aos associados na qual comunicava que as obras já estavam em andamento e esperava ver concluído até o final daquele ano o andar térreo (Jacobson, 1959). Pedia também colaboração dos mesmos para dar conta das despesas – assunto que seria por ele retomado em outras oportunidades (Noticiário, 1960b). Uma carta enviada pelo presidente e pelo secretário da AMG Osvaldo Vilela Garcia a Juscelino Kubitschek mostra as dificuldades financeiras enfrentadas pela associação para levar adiante este empreendimento, que se concretizaria parcialmente no ano seguinte:

*“(...) Os signatários desta, elementos da diretoria da decenária Associação Médica de Goiás, vêm em nome desta, mui respeitosamente, dirigir-se a V. Excia., no sentido de que lhe seja concedido, pelo maior benfeitor de Goiás de todos os tempos, o amparo de que está urgentemente carecendo. Há dois anos, movidos pelo entusiasmo que a construção de Brasília difundia em todos nós, projetamos e iniciamos a edificação de uma sede própria que estivesse à altura de nossa classe, ou pelo menos, que não nos envergonhasse. E agora, transcorridos quarenta e oito meses de tremendas lutas, vemos o nosso almejado prédio de*

*três pavilhões, apenas com o andar térreo, assim mesmo por acabar, e o que é pior, devendo três milhões, após termos gasto cinco milhões de cruzeiros fruto dos maiores sacrifícios de nossa entidade. É nesta contingência que estamos apelando para o jamais negado espírito magnânimo de V. Excia., na expectativa de que o nosso grande Presidente e digníssimo colega conceda-nos o remédio salvador, qual seja, um auxílio de oito milhões de cruzeiros, que nos tiraria da aflitiva situação em que nos encontramos, propiciando-nos em termos definitivos, a conclusão de nossa tão sonhada sede. Certos da esclarecida e compreensiva atitude de V. Excia vimos desde já convidar o futuro Senador de Goiás, para paranimfar no próximo ano, a inauguração do Edifício-Sede da Associação Médica de Goiás (...)*. (AMG/Enviada para Juscelino Kubitschek em 20/11/1960).

Com exceção destas questões que acompanharam os médicos goianos ao longo de muitos anos, outros problemas relacionados à defesa dos médicos tiveram que ser administrados no período aqui recortado para análise. Nas atas constam reclamações pontuais, como no caso de desentendimentos pessoais entre médicos em que um desmoralizaria o outro, para os quais a AMG sempre buscava uma solução conciliatória (ata da 89ª sessão – 09/06/1953). Certa vez médicos da cidade de Goiás se desentenderam com funcionários do Serviço de Febre Amarela, cujas atividades estavam sendo levadas a cabo por leigos que desprestigiavam sua ação (Ata da 42ª sessão – 18/03/1952). Em outra ocasião, o “colega Orlando” se queixou ao Sindicato dos Farmacêuticos solicitando que “o mesmo forme melhor no sentido de evitar o abuso que vem observando de alguns profissionais substituírem medicamentos por ele receitados muitas vezes com prejuízo para a saúde do cliente e de seu conceito como médico” (ata da 95ª seção – 29/09/1953). Enfim, eram várias as contendas em que se solicitava a interferência da AMG, a qual sempre se posicionava favoravelmente a seus membros e exigia dos órgãos competentes as devidas retratações.

Outro tema que merece ser abordado é o do exercício ilegal da medicina. Eram comuns as denúncias de médicos a respeito de curandeiros, charlatães e sanatórios espíritas, cujo registro consta em ata e na própria revista médica goiana. As acusações eram tão frequentes que o assunto mereceu um editorial

inteiro a seu respeito. Assinado por Wilson Mendonça, presidente da AMG entre 1955 e 1956, vale a pena reproduzi-lo na íntegra:

*“(...) Ultimamente, a Associação Médica de Goiás tem sido instada com frequência a se manifestar sobre casos de curandeiros, benzedores e outros tais que, utilizando-se da boa fé do povo, promovem tratamentos de saúde sem estarem para isso devidamente habilitados.*

*Temos já bastante experiência sobre o assunto e conhecemos todos os artifícios empregados por eles. Os curandeiros, ora se apresentam sob a forma de farmacêuticos que, por falta de médicos na localidade, fizeram sua clínica e não a querem largar; ora é um enfermeiro que resolve internar-se pelo sertão e ganhar a vida; ora são indivíduos que, sob a capa da caridade ou de “missão a cumprir na Terra” enveredam por este caminho. Não nos esqueçamos o desvio que resolveram trilhar muitos adeptos do espiritismo, medicando e tratando em nome do além.*

*Os curandeiros são, em geral, espertos, procuram agradar e passam como homens virtuosos, incapazes de fazerem o mal. Procuram quase sempre o apoio de chefes políticos influentes, transformando-se em cabos eleitorais para maior segurança de sua atividade ilegal.*

*Há em Goiás uma “santa” que há mais de 30 anos exerce a medicina, estando atualmente instalada com pequeno Hospital num dos bairros de Goiânia praticando inclusive a chamada “cirurgia espiritual”.*

*Infelizmente a nossa opinião é pessimista. Não veremos tão cedo o desaparecimento dos curandeiros do Estado de Goiás. A ignorância do povo, a sagacidade dos curandeiros, a displicência de alguns colegas do interior que se deixam seduzir por atividades estranhas à medicina e não evoluem na profissão, as interferências políticas e a deficiente fiscalização por parte dos Poderes Públicos constituem os motivos do nosso pessimismo em relação à extensão do curandeirismo.*

*O curandeirismo se equipara a certos males que têm desafiado através dos tempos a ação das autoridades e das organizações de classe, tais como a prostituição, o “vigarismo”, o jogo de azar. Está acima de nossas forças extingui-lo.*

*A Associação Médica de Goiás continuará a receber denúncias de curandeiros, tomará as providências que lhe compete dentro da lei, notificará as repartições competentes e ficará na expectativa de repressão... Estas nem sempre virão (...)”.* (Mendonça, 1956: 81-82).

Um dos pontos levantados por Mendonça neste editorial se refere à conivência das autoridades com esses praticantes ilegais da medicina. Um exemplo disso ficou registrado na ata da sessão de 07 de julho de 1953, na qual Alcyr Mendonça denunciou um hospital-sanatório clandestino em Pires do Rio e estranhou a existência de um projeto da Câmara concedendo verbas ao mesmo. Sobre este estabelecimento comentaram outros médicos que as “pretensas intervenções cirúrgicas aí realizadas” segundo teria informado seu proprietário, seriam feitas por “cirurgiões além-túmulo” (ata da 91ª sessão – 07/07/1953). Ao que tudo indica, tratava-se de um sanatório espírita.

Sobre o tema foi publicado no segundo número da RGM do ano de 1957 matéria sobre um programa da Rádio Difusora de Jataí na qual o médico Mozart Moraes de Assis teria respondido com “muito descortínio e objetividade as perguntas que lhe foram feitas sobre curandeirismo”. Nesta “progressista cidade do sudoeste goiano”, que então já contava com uma seção regional da AMG, os médicos estariam desenvolvendo um movimento bem organizado visando dar combate ao curandeirismo (Noticiário, 1957b: 139). As perguntas feitas ao médico em questão versaram sobre as causas e consequências do aparecimento do curandeirismo em Jataí e sobre o significado da presença do curandeiro em uma localidade. Assim se posicionou o referido médico:

*“(...) O curandeiro tem o papel de um indicador ou revelador, isto é, a sua presença é índice de uma civilização primitiva (como é o caso dos índios) ou de um povo civilizado mas de baixo padrão cultural e social. Felizmente o número de curandeiros em Jataí é pequeno, o que demonstra que somos um povo já adiantado (...)”* (Noticiário, 1957b: 140).

Ao ser questionado sobre as medidas que estariam sendo tomadas pelos médicos de Jataí para impedir a ação do curandeirismo, Moraes de Assis se refere ao editorial assinado por Mendonça e afirma que ação educativa e assistência médico-social adequada diminuiriam sua atuação. Neste sentido, reunidos na seção regional da AMG na cidade, teriam elaborado um programa de assistência médico-social em colaboração com a sociedade local. Tal programa visava propiciar assistência médica gratuita a pessoas comprovadamente necessitadas, dar

assistência médico-social sob a forma de orientação às mães, conferências pelo rádio, pelo jornal, etc. (Noticiário, 1957b:141). Esta mobilização dos médicos de Jataí mostra que não apenas a AMG, enquanto sede, respondia aos anseios dos médicos, defendendo-os. Suas seções regionais também eram atuantes e tinham a autonomia necessária para promover medidas que coibissem este e outros tipos de prática.

Cabe lembrar que não competia à AMG fiscalizar ou punir colegas. A ela estava reservado o direito de levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina, “quando os houver e puder provar, atos condenáveis de médicos que militem em nosso Estado, alijando-os do nosso meio, se o julgamento do Conselho assim o recomendar” (Noticiário, 1959a). Como órgão defensor dos direitos e prerrogativas adquiridas pelos médicos, e não apenas um órgão disciplinador, defenderiam os mesmos “contra a intromissão afrontosa do curandeirismo ou do charlatanismo nos seus vários aspectos, quer os de cunho místico, ou dos que se revestem de franca licenciosidade, subordinados a interesses políticos e econômicos” (Noticiário, 1959a: 75).

### **2.2.2 Conhecimentos que circulam: as estratégias para “elevar o padrão” da medicina praticada em Goiás**

Entre as estratégias de que lançou mão a AMG para “elevar o padrão” da medicina que se praticava no estado estão as conferências e as reuniões científicas. Para as primeiras eram geralmente convidadas personalidades reconhecidas como especialistas em determinadas áreas; já nas reuniões científicas os membros da associação se inscreviam para falar aos seus próprios pares. À comissão científica da AMG estava reservada a função de estimular estas reuniões, animando seus colegas a se pronunciarem periodicamente. Nas sessões realizadas semanalmente no auditório da Secretaria de Saúde do Estado, os médicos podiam se inscrever livremente para tratar de assunto de sua especialidade e interesse. Isto acontecia com frequência, embora em seu segundo mandato Rassi pressionasse para que a

comissão responsável por este setor desse logo início às suas atividades, afinal, já estavam no mês de março e nenhum trabalho havia sido apresentado (ata da 53ª sessão – 08/07/1952). Em um balanço sobre as atividades da AMG do ano de 1957 teria ficado decidido que as terças-feiras seriam reservadas para estas reuniões científicas (Noticiário, 1958a).

O convite para que ilustres personagens do meio médico nacional viessem a Goiás, especialmente a Goiânia, para proferir conferências, dar cursos de atualização ou fazer alguma demonstração de procedimento cirúrgico, também era função daquela comissão auxiliar da AMG. As seções regionais também contaram com visitas importantes neste sentido. A regional de Anápolis, por exemplo, no momento de sua fundação contou com a presença de Hilton Rocha, na ocasião presidente da Associação Médica de Minas Gerais. Dentro do recorte temporal selecionado, muitos foram os médicos que viajaram a Goiás com este intuito, a maioria proveniente de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Em geral apresentavam-se em sessões extraordinárias, dedicadas somente à conferência. Algumas delas foram subvencionadas por laboratórios farmacêuticos, os quais colaboravam cobrindo os custos de passagem e hospedagem (ata da 60ª sessão - 09/09/1952). Aliás, este auxílio fornecido pelos laboratórios teria sido uma das metas alcançadas por Rassi ainda no seu primeiro mandato (ata da 40ª sessão - 10/12/51)<sup>52</sup>.

Às vezes o convite aos renomados médicos era feito pessoalmente, por ocasião de algum encontro durante congressos fora do estado, para os quais a AMG sempre enviava um representante. A participação dos goianos nestes eventos era bastante comum, incentivada inclusive pela Secretaria de Saúde do Estado que às vezes financiava tais viagens. Assim, a VI Jornada Brasileira de Pediatria e Puericultura, que se realizou em Belo Horizonte em 1952, o X Congresso Brasileiro de Higiene, que aconteceu nesta mesma cidade em 1953, a VI Jornada Argentino-Brasileira de Oftalmologia e o I Congresso da AMMG foram algumas das ocasiões

---

<sup>52</sup> Os laboratórios farmacêuticos marcavam presença durante as reuniões da AMG, sendo comum ver nas atas os nomes de seus representantes. Sua participação nas mesmas se dava basicamente por meio da visita para exibição de filmes científicos, tendo sido deles a iniciativa de doar para a entidade um projetor (ata da 44ª sessão – s/data).

em que a associação médica goiana esteve devidamente representada. A participação dos médicos goianos em diversos eventos realizados no Brasil e no exterior demonstra bem a circulação que tiveram esses profissionais, que marcavam presença também em todas as reuniões realizadas pela AMB<sup>53</sup>.

Não cabe aqui listar todos os médicos que estiveram em Goiânia ou em alguma das cidades onde estavam instaladas as seções regionais da associação. No entanto, para dar uma ideia geral das instituições às quais pertenciam, vale a pena mencionar alguns nomes que estiveram na região para proferir palestras, demonstrações cirúrgicas ou promover cursos de atualização a convite da AMG. Entre eles estão: Nelson de Souza Campos, renomado hansenólogo, ex-diretor do Serviço Nacional da Lepra em São Paulo e membro da Organização Mundial da Saúde, Roberto Farina, médico do Hospital das Clínicas de São Paulo, José Hilário, chefe do Serviço de Clínica Cirúrgica das Mulheres do IAPC/Rio de Janeiro e da cadeira de Cirurgia Cardiovascular da Escola de Pós-Graduação Médica, José Schermann, endocrinologista fundador da Sociedade de Endocrinologia e Metabologia do Rio de Janeiro, Liberato Di Dio, catedrático do Departamento de Anatomia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, L. H. Câmara Lopes, do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Franz Ingelfinger, gastroenterologista alemão que atuava no Evans Memorial Hospital em Boston (EUA), cuja visita será abordada no próximo capítulo em função da relevância que assumiu para a comunidade médica goiana.

A visita de Edmundo Vasconcelos ficou registrada nas atas da AMG e merece destaque por conta de sua representatividade e do tema que escolheu abordar. Catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, cirurgião de renome internacional, esteve em Goiânia para proferir palestra

---

<sup>53</sup> Entidade fundada em 1951, vale destacar que a AMG esteve presente, ao lado de suas congêneres de 16 estados, na Assembleia Geral para sua constituição definitiva em outubro de 1953. Além da associação goiana estavam também a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Maranhão, Associação Piauiense de Medicina, Centro Médico Cearense, Sociedade de Medicina de Pernambuco, Sociedade de Medicina de Alagoas, Sociedade de Medicina do Sergipe, Associação Baiana de Medicina, Sociedade Espiritosantense de Medicina e Cirurgia, Sociedade de Medicina e Cirurgia de Niterói, Associação Médica do Paraná, Associação Catarinense de Medicina, Associação Médica de Porto Alegre, Associação Médica de Minas Gerais, AMDF e Associação Paulista de Medicina, que compareceu ao evento levando o maior número de delegados Cf. Anais da Sociedade de Medicina de Pernambuco, 1953.

sobre úlceras perfuradas em julho de 1952. Antes de iniciar sua palestra, o referido médico teceu elogios a Goiânia que “imprime elevado grau de confiança nos destinos do Brasil” e se mostrou muito satisfeito pela oportunidade de falar para pares situados em outras regiões do país, para colegas que “deixam seus afazeres para ouvir-lhe a palavra” e pela possibilidade de tomar conhecimento sobre o que médicos e governo estariam realizando no campo da medicina em benefício da coletividade. Afirmou ser “dever precípua de todas as Universidades estender conhecimentos médicos a todos os recantos passíveis de recebê-los ampliando-os ao máximo para deles se beneficiar maior número de colegas”. Em sua opinião, o intercâmbio entre os médicos de diferentes regiões acarretaria um grande benefício para a coletividade e afirma que tais conhecimentos “deveriam ser agregados ao patrimônio médico nacional ou talvez internacional” (ata da 6ª reunião extraordinária – 26/ 07/ 1952).

Durante sua palestra, teceu considerações a respeito do trabalho de Virgílio Mineiro, colega de Uberlândia que havia se apresentado no II Congresso Médico do Triângulo Mineiro em 1948. Naquela oportunidade, Mineiro abordou o tema do megaesôfago, apresentando elevada casuística de pacientes acometidos por aquela enfermidade que haviam sido atendidos em seu consultório. Impressionado com os dados fornecidos por este médico do interior, Vasconcelos enfatizou a necessidade de divulgar em maior escala estas verificações e a importância de estabelecer intercâmbio entre os pares atuantes em distintas regiões do país já que constituiria um benefício mútuo: “a experiência dos colegas do nosso hinterland manipulada nos grandes centros poderia ser redistribuída e incorporada ao acervo da medicina nacional” (ata da 6ª reunião extraordinária – 26/ 07/ 1952). Seu posicionamento é mais um exemplo da importância das redes que os médicos do interior vinham nutrindo com suas pesquisas clínicas, capazes de fornecer aos médicos atuantes em regiões mais centrais informações que de outro modo não teriam. Ocasões como esta, proporcionada pela AMG, contribuía assim, não apenas para aprimorar conhecimentos e promover a atualização dos médicos



goianos, mas também para o aumento e fortalecimento de um produtivo intercâmbio<sup>54</sup>.

A *Revista Goiana de Medicina* também se constituiu como um instrumento de aperfeiçoamento da prática médica local na medida em que fazia circular o conhecimento entre os médicos atuantes em várias regiões do país. Nela eram também publicadas notícias de congressos, seminários e cursos que aconteciam no Brasil e no exterior, o que mostra que os goianos estavam a par do que acontecia no mundo. Não me estenderei muito na análise deste importante veículo de divulgação porque o próximo capítulo será totalmente dedicado a ele. Vale ressaltar, no entanto, que sua importância vai além da possibilidade de atualizar os médicos do interior sobre os últimos procedimentos médicos em voga ou de dar a conhecer as principais questões de saúde pública que mobilizavam seus colegas em diferentes regiões do país. Essa publicação viabilizou também a constituição de uma biblioteca, aberta a todos os médicos da região, a partir dos periódicos que recebia em caráter de permuta. O interesse dos goianos em organizar um espaço como este ficou registrado nas atas da AMG, e por meio dos anúncios feitos pelo presidente da instituição quando assinava novos periódicos e obras de referência importantes como o *Current list of medical literature*. Através destas publicações os goianos se mantinham a par das últimas novidades a nível internacional.

### **2.2.3 A AMG e a saúde pública em Goiás**

Desde as primeiras reuniões da AMG percebe-se o compromisso da entidade com assuntos referentes à saúde pública. Na ata em que Luiz Rassi faz um balanço de seu primeiro ano como presidente, há um tópico referente a esse tema, no qual a associação teria se dirigido à polícia sanitária do Estado “no sentido de fazer cumprir por parte de certos estabelecimentos da capital de requisitos

---

<sup>54</sup> Vale a pena registrar que, apesar do entusiasmo demonstrado pelo trabalho realizado pelos médicos do interior, Edmundo Vasconcelos será um dos médicos a oferecer maior resistência às relações entre megasócio e doença de Chagas, postulada por estes clínicos. No próximo capítulo este tema será abordado em detalhes.

mínimos de higiene” (ata da 40ª sessão - 10/12/51). Várias foram as questões que preocuparam os goianos neste âmbito, alguns mais importantes e graves, outros mais pontuais, referidos a problemas do cotidiano. Entre estes últimos se destaca o problema do excesso de moscas em Goiânia. Para solucionar tal problema teria sido realizado em julho de 1955 uma mesa redonda. Nela tomaram parte o Secretário de Viação e Obras Públicas, o Secretário da Saúde e Assistência, o Prefeito e o chefe do Serviço Nacional de Malária em Goiás.

Ainda no que se refere ao engajamento dos médicos goianos em todo e qualquer assunto que dissesse respeito à melhoria da saúde dos habitantes de Goiás, a AMG participou das comemorações do “dia mundial da saúde”, tendo realizado palestras em duas emissoras locais, se envolveu com campanhas de vacinação, concursos de robustez infantil, combate a surtos de gripe e educação sanitária, distribuindo circulares e folhetos explicativos em colaboração com a Secretaria de Saúde (Noticiário, 1958a: 65). A associação se solidarizava ainda com os colegas de outros estados, como por exemplo, com a campanha iniciada pelo Centro Médico Cearense no sentido de que fossem proibidas vendas de medicamentos sem prescrição médica (Noticiário, 1955: 128). As seções regionais também eram bastante ativas neste sentido, vide a de Anápolis que teria cooperado com outras entidades no estudo de alguns dos principais problemas de higiene e saúde pública como o Matadouro Municipal, o controle de indigentes e o combate à prática abusiva do exercício ilegal da medicina (Noticiário, 1956a). Sua participação era direta e constante em todos os movimentos ou empreendimentos que beneficiassem a coletividade no campo da higiene e saúde pública.

Entre os temas mais graves que mobilizaram os membros da associação está o problema da tuberculose na região. A doença era endêmica no Estado, que só contava com um dispensário para dar conta de todos os casos. Peixoto da Silveira ao assumir o cargo de secretário da saúde em 1951 apontou uma série de dificuldades enfrentadas por aquela instituição, que estava praticamente abandonada (como se viu no capítulo anterior). Sendo assim, tomou uma série de medidas para que o Dispensário para Tuberculosos do Centro Médico de Goiânia funcionasse minimamente dentro de padrões aceitáveis. Ao longo de seu primeiro

ano no cargo, teria conseguido dotar o referido dispensário de todo pessoal auxiliar, material e instrumental necessário, conseguindo já ao final deste ano dados estatísticos relativos ao cadastro torácico, que havia sido deixado de lado. Em relatório apresentado ao governador de Goiás, Peixoto da Silveira chama a atenção para a grande demanda e reforça a necessidade de um novo hospital exclusivo para os doentes. Tendo em vista a gravidade da situação, afirma:

*“(...) pela análise dos números ora apresentados, cuja tendência é a de subir, em virtude das precárias condições sociais e econômicas dominantes no meio, poder-se-á aquilatar quão grave constitui o problema da tuberculose, que continua malgrado os esforços do Governo empreendedor de V. Excia., sem ser equacionado, se nos afigurando com aspecto de verdadeira endemia influenciando com seus efeitos maléficos na economia goiana, pois que acarreta sempre, quando não há assistência médico hospitalar especializada, a morte (...)”* (Atividades da Secretaria de Saúde em 1951, 1952: 52).

Segundo o secretário, a construção de um novo sanatório era algo que já estava nos planos do Serviço Nacional de Tuberculose, e a única condição para que se concretizasse era a de que o governo do Estado cedesse o terreno e garantisse a instalação de água, luz e esgoto. Os médicos da AMG se envolveram fortemente na campanha em prol da construção deste sanatório, encetada pelo Rotary Clube local (ata da 43ª sessão – 25/03/1952). Chamados a cooperar, os goianos realizaram palestras no rádio, tendo inclusive a Rádio Clube cedido 10 minutos semanais para as mesmas (ata da 45ª sessão – 23/04/1952). Uma dessas palestras foi proferida por Paulo Bittencourt, então Chefe do Dispensário de Tuberculose do Centro de Saúde de Goiânia, e foi publicada nos *Arquivos de Saúde Pública* (ASP). Tendo como título “A luta contra a tuberculose em Goiânia”, a palestra abordou principalmente a questão do diagnóstico precoce da tuberculose “por ser este assunto, se não o mais importante, pelo menos o de maior interesse para o público” (Bittencourt, 1952: 11-13). O problema era tão preocupante que o editorial de um número dos ASP foi inteiramente dedicado à campanha anti-tuberculosa, que tinha como foco a assistência sanatorial “arma passiva, porém insubstituível elemento de recuperação de numerosos tuberculosos” (Silveira, 1952: 05). O tema era palpante não apenas na capital, mas em todo o Estado, estendendo-se a referida

campanha aos demais municípios. Em função disso, o próprio Bittencourt realizaria outra palestra, dessa vez na cidade de Goiás, por ocasião de uma das jornadas médicas organizadas pela AMG.

O envolvimento dos médicos com questões candentes para a saúde pública goiana também pode ser notado a partir de sua participação nas reuniões da Comissão de Saúde Pública da AMB. Tais reuniões eram periódicas e mobilizavam os goianos, tendo ficado registrado em ata as suas sugestões para estes encontros. Os principais responsáveis por debater os assuntos abordados nestas ocasiões eram os membros da comissão de saúde pública da AMG – sempre chamados a se pronunciar quando estes eventos se aproximavam. Em uma destas ocasiões, confirmando o grave problema representado pela tuberculose no estado, Peixoto da Silveira foi instado a falar e enfatizou sua preocupação com aquela doença, tema do noticiário médico nos anos de 1951 e 1952, como se viu. Os demais colegas se manifestaram a respeito de outras enfermidades que assolavam os goianos como a doença de Chagas e a hanseníase.

Uma dessas reuniões da AMB aconteceu em Goiânia em março de 1953 e a comissão de saúde pública da AMG foi chamada a se reunir para elaborar um plano de combate às endemias rurais de interesse para Goiás, que deveria ser debatido nesta ocasião. As duas sessões desta reunião, cujo foco recaiu sobre a assistência ao trabalhador rural, foram publicadas na ‘Coluna da Associação Médica de Goiás’ nos ASP. Compareceram ao certame representantes de outros estados como Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Alagoas. Os trabalhos preliminares foram dirigidos por Rassi, sendo as sessões plenárias assumidas por Martinho da Rocha. Como presidente da comissão de saúde pública da AMG, Tasso de Camargo leu trabalho oficial que versava sobre a ‘assistência médico-sanitária à zona rural’. Em sua apresentação o tema foi observado a partir de uma ótica mais abrangente, que visava, por exemplo, a reforma agrária e a melhoria da educação como importantes metas para a solução de grande parte dos problemas. O projeto de assistência ao trabalhador rural, que estava sendo proposto, para ser eficiente, deveria ser executado pelo governo federal.

No que se refere aos problemas médico-sanitários propriamente ditos, destacou na ocasião as principais doenças que grassavam no estado e a desigual distribuição de médicos no seu território. A proposta final versou sobre a constituição de ‘serviços rurais de assistência médico-sanitária’, que seriam órgãos autônomos subordinados diretamente ao Ministério da Saúde, cuja criação a AMB deveria sugerir ao governo federal<sup>55</sup>. Sugere ainda a construção de uma rede de hospitais a serem localizados obrigatoriamente nas zonas menos favorecidas pela assistência médica. Para as localidades mais distantes seria ainda estabelecido um serviço médico volante nos moldes do Serviço Itinerante de Saúde, tal como adotado em Goiás. Apesar das propostas, Camargo declarou ao final:

*“(...) ter apresentado o trabalho à reunião de Goiânia movido exclusivamente pelo grande apreço e, que tem o dr. Luiz Rassi, operoso presidente da AMG a cujo pedido, sobre o assunto, procurou dar o melhor desempenho possível, dentro de sua limitada capacidade, pois o autor se manifesta descrente do aproveitamento das sugestões apresentadas afirmando ainda que a reunião de Goiânia promovida pela AMB não terá melhor sorte das outras da mesma natureza a que tem comparecido e cujos resultados nunca transpuseram as salas das sessões plenárias (...)” (Camargo, 1953: 112).*

De todas as recomendações, foram aprovadas algumas para serem encaminhadas ao governo federal, como por exemplo, a criação do Ministério da Saúde Pública como condição indispensável à elaboração de um planejamento adequado para dar assistência ao homem rural. Além dessa recomendação, houve uma que pleiteava maiores recursos financeiros para a conclusão do único hospital geral em construção na capital do Estado (cujas obras só seriam concluídas na década de 60, como se verá no último capítulo, por conta da fundação da Faculdade de Medicina de Goiás) e mais recursos para o combate ao inseto vetor da doença de Chagas, que vinha sendo feito pelo Serviço Nacional de Malária segundo convênio firmado com a Secretaria de Saúde de Goiás desde 1951. Na conclusão desta coluna, Camargo afirma que estas reuniões, que haviam se realizado no auditório da Secretaria de Saúde do Estado, haviam configurado mais uma das “realizações

---

<sup>55</sup> Deve-se registrar que naquela época ainda não havia um ministério exclusivo para abordar as questões sanitárias, o que só se concretiza em julho de 1953. O Ministério da Educação e Saúde (MES) era o órgão responsável.

proveitosas executadas pela atual diretoria da AMG” (Camargo, 1953: 112). Assim, apesar do descrédito com que via a possibilidade das propostas se concretizarem, o fato é que os goianos estavam inseridos nos debates que movimentavam os médicos em âmbito nacional, contribuindo para os rumos tomados pelas políticas públicas de saúde não apenas em Goiás, mas em todo o país.

## Capítulo 3

### REVISTA GOIANA DE MEDICINA: UMA PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA PARA OS MÉDICOS DO BRASIL CENTRAL

“A revista da Associação Médica de Goiás nasceu em meio à descrença geral e apenas meia dúzia de colegas acreditou ser possível manter-se uma publicação científica em pleno interior do País”

(RGM/ Expedida para Alfredo Lima Jr. em 05/02/1959)

Como órgão oficial da Associação Médica de Goiás, a *Revista Goiana de Medicina* veio a público no terceiro trimestre de 1955 apresentando-se como espaço privilegiado de interlocução entre os médicos que atuavam em Goiânia e aqueles em atividade no interior de Goiás e do Brasil Central como um todo. Desde então circularia ininterruptamente até os anos 90, a despeito da irregularidade com que saíram alguns de seus números e das dificuldades financeiras enfrentadas ao longo do tempo (Rezende, 2001). Tomando para análise o período compreendido entre os anos de 1955 e 1962, minha atenção neste capítulo recairá sobre a revista enquanto fonte e objeto de pesquisa, bem como sobre o papel fundamental exercido pelo médico Joffre Marcondes de Rezende enquanto seu editor no período considerado. Meu objetivo é refletir sobre a importância deste projeto editorial para o processo de legitimação e consolidação da medicina goiana – fortemente atrelada às patologias tropicais, comuns no interior do país.

O periódico como instrumento legítimo de divulgação das pesquisas científicas foi uma ferramenta que começou a ser utilizada pelos cientistas somente em meados do século XVII, quando, por iniciativa das sociedades e academias de ciências então existentes na Europa, entraram em circulação o *Journal des Sçavans*, de Paris, e o *Philosophical Transactions*, de Londres. Em trabalho no qual discutem os processos de avaliação na ciência, Robert Merton e Harriet Zuckerman enfatizam o importante papel destas instituições, considerando-as “inventoras sociais” dos periódicos científicos (Merton & Zuckerman, 1985: 582). Antes deste tipo de publicação, a divulgação dos trabalhos ficava restrita a cartas, folhetos e livros e o sigilo da pesquisa era prática corrente.

Com a divulgação em periódicos, no entanto, as descobertas ficavam asseguradas, os equívocos na transmissão do conhecimento reduzidos e os direitos de propriedade intelectual preservados, o que estimulava cada vez mais os homens de ciência a tornarem públicos seus trabalhos.

Uma vez reconhecidos como espaço privilegiado para comunicação de suas pesquisas, os periódicos científicos demandavam algum tipo de controle em torno do material que era veiculado. A busca por uma espécie de ‘padrão de qualidade’ é fruto de uma dupla preocupação dos cientistas: na posição de produtores da ciência buscavam o reconhecimento mediante a publicação, valorizada por outros membros da comunidade científica que consideravam importantes; na condição de consumidores da ciência, interessava que o produto da pesquisa criada por outros fosse criteriosamente avaliado para que sua autenticidade não fosse questionada. A existência de um “sistema de arbitragem”, ao qual se referem Merton e Zuckerman, calcado no julgamento entre pares, teria proporcionado, enfim, uma “base institucional para a fiabilidade relativa e a acumulação de conhecimento” (Merton & Zuckerman, 1985: 620). Vale destacar que, embora a convenção de comunicar o conhecimento a partir da publicação de artigos em periódicos tenha se originado no século XVII, outros aspectos atualmente importantes, relacionados com a padronização dos artigos científicos, como por exemplo, a obrigatoriedade de referência e a adoção de notas de rodapé, demoraram mais de um século para se estabilizar (Burnham, 1992: 172; Merton & Zuckerman, 1985: 589).

No Brasil, vários foram os trabalhos de história da ciência que privilegiaram os periódicos médico-científicos em suas análises (Edler, 1992; 1996; Ferreira, 1996; 1999; Vergara, 2003; Weltman, 2008). Um estudo que já se tornou referência sobre o assunto, citado em praticamente todos os trabalhos que se dedicam ao tema, é a tese de Luís Otávio Ferreira sobre o periodismo médico na primeira metade do século XIX (1996). Neste trabalho o autor confronta a historiografia tradicional, que considera o nascimento da ciência no Brasil a partir da organização dos institutos de pesquisa no início do século XX (Azevedo, 1969; Stepan, 1976; Ferri & Motoyama, 1979; Schwartzman, 2001) e propõe, com base nas publicações médicas que surgem a partir de 1827, anteciparmos para o século



XIX as origens deste processo. Tomando por base as reflexões provenientes da sociologia da ciência, Ferreira ressalta ainda o papel fundamental de legitimação social destes periódicos, uma vez que funcionavam não apenas como espaço onde os médicos poderiam trocar intelectualmente, reforçando sua identidade profissional, mas principalmente pelo diálogo que estabeleciam com o público mais amplo ao popularizarem a medicina em uma época em que ela ainda não era altamente profissionalizada.

Este aspecto da atividade dos cientistas ressaltado por Ferreira, qual seja, o de divulgar a ciência na sociedade, é um dos mais enfatizados pelos pesquisadores interessados na análise de periódicos científicos voltados para um público mais amplo, isto é, não circunscrito aos próprios pares (Moreira & Massarani, 2001; Vergara, 2003; Duarte, 2004; Weltman, 2008). Entendida como uma atividade específica em que o cientista visa ampliar sua audiência dirigindo-se tanto ao público leigo como às elites de um modo geral, a divulgação ou vulgarização científica vem sendo objeto de reflexão dos historiadores, principalmente no período compreendido entre o século XIX e início do XX. Percebida como uma maneira de reforçar o processo de construção da identidade social dos cientistas (Ferreira, 1996; Vergara, 2003) ou como forma de estimular o desenvolvimento da pesquisa básica no país nos anos 20 (Moreira & Massarani, 2001; Weltman, 2008), as fronteiras que separam este tipo de publicação de uma outra mais especializada continuam tênues até as primeiras décadas do século XX.

O olhar que será lançado sobre a *Revista Goiana de Medicina* (RGM) nas próximas páginas, no entanto, se diferencia daquele lançado pelos autores acima citados sobre seus respectivos objetos de pesquisa. Primeiramente, por ser uma publicação dos anos 50, não possui a função de legitimar a ciência médica tendo em vista que a medicina, no contexto nacional mais amplo, já se encontra em outra fase de seu processo de institucionalização. Além disso, a revista está totalmente voltada para um público em particular, qual seja, o dos próprios médicos, não se tratando, portanto de divulgação científica. Sendo assim, o que determina a aproximação deste trabalho com as demais abordagens acima mencionadas é o fato de todas elas tomarem os periódicos simultaneamente por fonte e por objeto

de pesquisa (Ferreira, 1996; Luca, 1999; Vergara, 2003; Duarte, 2004; Dutra, 2005; Biccas, 2008; Weltman, 2008). Neste sentido, ao se lançarem sobre as fontes visando não apenas explorá-las como um repositório de informações subsidiárias da pesquisa, mas principalmente, buscando refletir sobre sua materialidade e significado histórico, é que estes trabalhos se coadunam com a proposta deste capítulo.

Idealizada como principal veículo de comunicação e divulgação dos trabalhos de pesquisa dos médicos do Brasil Central, a *Revista Goiana de Medicina* foi pensada desde o início, segundo seu editor, como uma publicação que estava no mesmo nível das melhores revistas científicas internacionais. Ambicionando figurar entre os periódicos listados em indexadores de grande prestígio na época, a revista goiana tinha forma e conteúdo esmerados: era impressa em papel de excelente qualidade e trazia entre as normas de publicação as prerrogativas da originalidade e do ineditismo de seus artigos. Com ampla tiragem e distribuição, se comparada a outras revistas de sociedades médicas do mesmo período, a revista circulou nacional e internacionalmente entre bibliotecas de universidades, hospitais e instituições científicas em geral, o que garantiu maior visibilidade para os trabalhos desenvolvidos pelos médicos do Brasil Central que eram nela publicados.

Chamar a atenção para estes aspectos mais formais do periódico como formato, tiragem, distribuição e normas de publicação não se configura como uma questão de somenos importância no âmbito deste trabalho. Tendo em vista que a RGM se configurou como instrumento privilegiado dos médicos goianos em busca do reconhecimento para o trabalho que desenvolviam no interior do Brasil, me interessa saber de que forma levaram à frente esta iniciativa, se ela estava à altura dos demais projetos editoriais em circulação no período e se teve ou não a ressonância almejada. O esforço dos médicos goianos em colocar em circulação um produto de alta qualidade que funcionava como seu “cartão de visitas” (Noticiário, 1959a: 71) nos diz muito sobre sua busca por maior inserção na comunidade médica mais ampla e já plenamente consolidada nos grandes centros. Além disso, essa iniciativa editorial de fôlego também evidencia a definição de um campo de

atuação e pesquisa próprio, atrelado às doenças que mais grassavam na região, o que conferia identidade específica a estes médicos.

Tais aspectos se somam, na primeira parte deste capítulo, a uma análise mais detida acerca do conteúdo da revista. Compreendida como um espaço de sociabilidade privilegiado, a partir dela é possível identificar a rede de relações sociais tecida pelos médicos goianos e na qual estavam inseridos. Através dos artigos publicados e das notícias veiculadas é possível conhecer os principais interlocutores dos goianos e as regiões e instituições onde atuavam e com isso estabelecer uma espécie de cartografia desta interação. O acesso parcial à correspondência ativa e passiva da revista ajudou no mapeamento mais profundo dessas redes de intercâmbio e auxílio mútuo levando à compreensão do respaldo e audiência que as pesquisas desenvolvidas localmente, voltadas para as patologias regionais, ganharam além das fronteiras de Goiás e do Brasil.

A divulgação de eventos como congressos e cursos de atualização e especialização que ocorriam em todo o país, bem como as constantes visitas de médicos provenientes de outros estados e países, noticiados em suas páginas, sugerem que embora estivessem em uma região de pouca projeção em termos da medicina que ali era praticada, isto não significa que os goianos estivessem isolados dos principais acontecimentos do meio médico. Pelo contrário, através da revista é possível acompanhar sua circulação e as trocas intelectuais que mantinham com seus pares no Brasil e no mundo. Analisando seu conteúdo, é possível conhecer também quais eram os principais temas abordados e as doenças que mais preocupavam os médicos goianos além da doença de Chagas – sem sombra de dúvida, o carro-chefe da revista.

Não se pode perder de vista o contexto sociopolítico vivido pelo país no momento em que a revista começou a circular e que possui estreita relação com o interesse que ela despertou no meio médico – aspecto que vem sendo enfatizado ao longo deste trabalho. Trata-se dos anos 50, mais precisamente do governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960), no qual é possível notar o ápice das relações entre a retórica desenvolvimentista e o combate às endemias rurais. Preocupado com a produtividade do trabalhador rural, o governo JK esteve atento às medidas

sanitárias necessárias para garantir o pleno desenvolvimento do país. Neste sentido, uma revista cujo foco estava voltado para as patologias que mais acometiam o homem do interior chamava a atenção.

Indiscutível é o fato de que boa parte da notoriedade alcançada pelo periódico se deveu à figura de seu editor Joffre Marcondes de Rezende – reconhecidamente entre seus pares o maior responsável pela concretização do projeto de organização de um periódico vinculado à associação médica goiana. À frente da revista, este gastroenterologista que se tornou um estudioso dedicado da moléstia de Chagas chamaria a atenção dos médicos no Brasil e no exterior por conta de suas pesquisas clínicas em torno do ‘mal de engasgo’ – enfermidade de grande incidência no interior do país que mais tarde, em função de suas pesquisas em conjunto com seus pares do interior, seria considerada uma síndrome cuja etiologia poderia ser atribuída à doença de Chagas. O interesse de Rezende por esta doença se refletiu nas páginas do periódico que ele dirigia tornando-o leitura obrigatória para todos aqueles que se interessavam pelo mal chagásico e veículo preferencial dos pesquisadores que desejavam publicar sobre o assunto. Dado que o percurso da RGM se confunde com o de seu próprio idealizador, é de difícil execução a tarefa a que me proponho na segunda parte deste capítulo, qual seja, tecer a trajetória intelectual deste personagem fundamental para o sucesso do projeto editorial goiano em questão.

### **3.1 DA CAPA À CONTRACAPA: ESTRUTURA DA REVISTA, CIRCULAÇÃO E PRINCIPAIS TEMAS**

“Há muito é meu desejo felicitar os nobres colegas goianos que dirigem a Revista Goiana de Medicina, uma das melhores publicações que temos, no gênero, em nosso Brasil a começar pelo primor do papel em que é impressa bem assim a perfeição da arte gráfica que honra sobremodo tão destacada Revista Médica. As maravilhas do Planalto Goiano são de molde a favorecer tão difícil e espinhosa tarefa que os ilustres colegas de Goiás tão bem levam a termo”.

(RGM/Recebida – remetida por Alfredo Lima Jr. em 19/01/1959).

No terceiro trimestre de 1955 a *Revista Goiana de Medicina*, órgão da Associação Médica de Goiás, iniciou sua circulação. No editorial de seu primeiro número estão arrolados os principais objetivos do novo periódico médico que, desde o princípio, demonstrou a pretensão de superar as fronteiras regionais. Em primeiro lugar, a revista esperava funcionar como elo entre os médicos que atuavam no interior de Goiás e sua associação médica localizada na capital, Goiânia. Pleiteava ser o veículo de divulgação dos trabalhos desenvolvidos por estes profissionais, os quais, atuando no interior do país, “perderiam-se no anonimato” (Editorial, 1955a: 01). Publicar trabalhos originais e atualizados, inclusive de médicos ilustres de outros estados, e estabelecer intercâmbio com outras revistas médico-científicas também figuravam entre suas metas, concretizadas ao longo do período delimitado para análise, qual seja, 1955 a 1962. Ao final deste editorial de apresentação sinalizavam seu maior objetivo: “melhorar sempre o padrão da medicina que se pratica em Goiás, preparando o terreno da nossa futura Faculdade de Medicina” (Editorial, 1955a: 01) – ideal que se consolidaria em 1960.

O respaldo à iniciativa goiana veio, já neste primeiro número da revista, da Associação Médica Brasileira (AMB) – instituição que congregava todas as associações médicas regionais. Logo após o editorial de apresentação publicou-se uma carta do presidente daquela instituição, Alípio Corrêa Netto, então professor catedrático de clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, cumprimentando a Associação Médica de Goiás pela ideia da publicação e considerando que “iniciativas como esta mostram o alto grau de adiantamento do meio médico goiano e também o incentivo que lhe traz a próspera e eficiente AMG” (Netto, 1955: 02). Com as boas-vindas dadas por este eminente personagem do meio médico-científico paulista, na qualidade de representante de um órgão nacional, reforçavam os goianos a vontade de se inserirem na comunidade científica brasileira mais ampla, assim como demonstravam que o projeto de uma revista médica em Goiás tinha apoio além das fronteiras regionais, o que conferia credibilidade ao empreendimento.

Visando alcançar as metas propostas em seu primeiro número, os médicos goianos envolvidos com o projeto editorial em questão investiriam não apenas no conteúdo, trazendo importantes nomes para a revista e abordando temas relevantes para o período – aspectos que serão contemplados mais adiante. É possível notar também uma grande preocupação com a forma do periódico, isto é, com o modo como ele se apresentaria ao público alvo da revista, no caso, os próprios pares. Neste sentido, desde o tipo de papel em que seria impressa a revista, passando pela composição da capa até a formatação dos artigos, tudo mereceu atenção e cuidado dos médicos goianos para que seu “cartão de visitas” (Noticiário, 1959a: 71) – como consideravam a RGM – estivesse à altura das revistas científicas mais renomadas em circulação no país e no mundo.

O papel utilizado na confecção da revista goiana sofreu alterações até se chegar ao emprego do papel couché linha d’água para a impressão integral do periódico a partir de 1957. Tratava-se de papel próprio para uso tipográfico, de alta qualidade, mas que era importado e dependia de cotas fixadas pelo governo. O constante aumento de preços fez com que a partir de 1962 se estudassem alternativas mais baratas e o material fosse substituído por um similar nacional. Até 1957 a revista se apresentou ao público com o sumário estampando sua capa (anexo 10). Apesar de parecer uma forma estratégica de divulgação do novo periódico, já que permitia o rápido acesso ao conteúdo sem a necessidade de folheá-lo, na verdade, este era um modelo bastante comum no período, adotado tanto no Brasil como no exterior. Um rápido levantamento das publicações científicas que circularam na mesma época em que a RGM, e que mantiveram intercâmbio com a congênere goiana, nos permite tal afirmação (anexo 11).

Em 1958, no entanto, a capa passou por uma modernização e o sumário foi levado para o interior da revista. Um concurso promovido pela Associação Médica de Goiás para elaboração de uma nova estampa para a capa, do qual participaram alunos da Escola Goiana de Belas Artes, resultou em uma imagem bastante sugestiva que estaria relacionada, segundo a autora do desenho, com a “atualidade brasileira, de interiorização da capital do País e, conseqüentemente, com o sentido de irradiação do progresso e da cultura, do centro para a periferia” (Rassi, 1958a:

04). Trata-se de um mapa de Goiás de cujo centro, mais ou menos localizado em Goiânia, se elevava o símbolo da AMB (anexo 12). De acordo com Luiz Rassi, presidente da AMG na ocasião, o novo modelo gráfico continha elementos bastante expressivos, que buscavam refletir o anseio de progresso da classe médica de Goiás “unida sob o signo da AMB, enviando a suas co-irmãs de outros estados uma mensagem de fé nos destinos da medicina no Brasil” (Rassi, 1958a: 04).

Vale destacar que o momento em que a revista goiana surge já é de grande expectativa com relação às consequências que a transferência da capital federal para o Planalto Central Goiano poderia trazer para o estado. No editorial de seu primeiro número uma atmosfera de progresso e desenvolvimento pode ser percebida, assim como a preocupação dos médicos de não ficarem à margem das mudanças que se faziam sentir. Embora em 1955 ainda não se tivesse absoluta certeza de que a capital seria realmente levada para o interior, estudos levados a cabo pelo governo com esta intenção até os anos 50<sup>56</sup>, bem como a grande participação dos goianos neste processo, justificavam esse ambiente de grande expectativa compartilhado também pelos médicos e expressa nas páginas da revista ao iniciar sua circulação. Se em meados de 1955 essa era apenas uma esperança, embora motivada por decisões políticas concretas, em 1958 as obras de Brasília já eram realidade e caminhavam a todo vapor. A nova capa da revista médica goiana refletia, portanto, as grandes transformações pelas quais passava o estado de Goiás, em especial a medicina goiana, que ampliava sua visibilidade no cenário nacional à medida que a construção da nova capital avançava, chamando a atenção do país pela importância do projeto político que abrigava. Apesar de ser fruto de um período específico, a nova estampa ilustrou a capa da revista durante dez anos, sendo modificada apenas no final dos anos 60.

A *Revista Goiana de Medicina* era trimestral, sendo cada volume composto por quatro números com aproximadamente 100 páginas cada. Sua paginação era

---

<sup>56</sup> Desde a Comissão Cruls, no final do século XIX, o governo federal vinha organizando comissões de estudos com o objetivo de escolher a melhor localização para a nova capital federal. Em 1953 foi organizada a última delas – a Comissão de Localização da Nova Capital Federal – que em 30 de abril de 1955 definiu o sítio onde atualmente está Brasília. Na mesma data o governador de Goiás, José Ludovico de Almeida, baixou decreto declarando ser de utilidade pública toda a área, evitando assim a especulação imobiliária. Essa iniciativa sintetiza, de um modo geral, o apoio dos goianos ao empreendimento. Cf. Vieira, 2007; 2009; Vieira & Lima, 2011.

continua a cada número, ou seja, a cada ano, ao se iniciar um novo volume, reiniciava-se a numeração. Cada volume fechava, assim, com cerca de 400 páginas (quantidade elevada se comparada a revistas de outras associações médicas que circularam no mesmo período<sup>57</sup>). Problemas na gráfica que imprimia a revista, somados a dificuldades financeiras, culminaram no atraso com que saíram alguns de seus volumes a partir de 1958 e sintetizá-los em um ou dois números foi a solução encontrada – uma tentativa de colocar a revista em dia que será detalhada mais à frente. Inicialmente em sua contracapa, a partir de 1958 ao final da revista, vinham informações com relação às condições de publicação, permuta e valores para assinatura e propaganda (anexo 13). Ao longo do recorte temporal considerado, marcado pelo primeiro número da revista e pelo último número antes de se tornar também órgão oficial da Faculdade de Medicina de Goiás, suas condições de publicação sofreram poucas alterações.

Aos interessados em publicar na RGM informava-se que qualquer trabalho original e inédito versando sobre ciências médicas em geral seria aceito. Os artigos deveriam vir acompanhados de resumos em português (a versão para o inglês seria feita pelo autor ou pela redação), as citações bibliográficas deveriam seguir o modelo da Associação Médica Americana (autor, título, periódico, volume, página e ano) e as despesas com até quatro clichês correriam por conta da revista. A empresa responsável pela produção do material gráfico era a Funtimod (Fundição de Tipos Modernos) “uma das melhores casas do ramo no País” (RGM/ Expedida em dezembro de 1956 – relatório) e se localizava em São Paulo. A revista goiana remetia as ilustrações enviadas pelos autores para a empresa e esta, após fabricar os clichês, os encaminhava via aérea aos cuidados de Joffre Marcondes de Rezende<sup>58</sup>, diretor responsável e editor-chefe da revista a partir de 1957. Os artigos publicados não tinham um tamanho pré-definido e aos autores eram

---

<sup>57</sup> Foram pesquisadas outras dez revistas de sociedades médicas que circularam no mesmo período em que a RGM e algumas delas, como a ‘Revista Fluminense de Medicina’ (Niterói), os ‘Arquivos Catarinenses de Medicina’ (Florianópolis), a ‘Revista da Associação Piauiense de Medicina’ (Teresina), os ‘Arquivos da Sociedade de Medicina de Alagoas’ (Maceió) e o ‘Ceará Médico’ (Fortaleza), por exemplo, mal chegavam a 50 páginas.

<sup>58</sup> Sobre este personagem importante versará a próxima seção deste capítulo.



fornecidas gratuitamente 25 separatas – número que chegou a 50 em 1958 e que dobraria a partir de 1963<sup>59</sup>.

A impressão da revista se deu inicialmente na Editora Brasil Central, mais tarde nas Oficinas Gráficas Pio XII, ambas em Goiânia, e sua tiragem inicial foi de 1000 exemplares, alcançando 1200 em 1958<sup>60</sup>. Sua distribuição era gratuita a todos os médicos de Goiás e do Triângulo Mineiro em consideração aos “tradicionais laços culturais e de amizade que unem as classes médicas deste Estado com a vizinha região do Estado de Minas Gerais” (RGM/Expedida em 24/01/1958 para Mário Cecilio Salomão). Mais tarde, em 1958, a revista ampliaria seu alcance e passaria a ser distribuída gratuitamente também entre os médicos de Cuiabá (MT), com os quais visava “estabelecer maior intercâmbio cultural” (RGM/Expedida em 13/03/1958 para José de Faria Vinagre). A quantidade de exemplares da revista goiana destinada a estas regiões – que chegou a mais da metade de sua tiragem em 1961 (embora nesta época já não fosse mais distribuída sem ônus entre os médicos do Triângulo Mineiro e Mato Grosso por razões que serão explicitadas mais adiante) – demonstra a importância que goianos, mineiros e mato-grossenses conferiam ao estreitamento de suas relações:

<b>Ano/ tiragem</b>	<b>GO</b>	<b>MG</b>	<b>MT</b>	<b>%</b>
<b>1956/1000</b>	<b>283</b>	<b>165</b>	<b>-</b>	<b>44,8%</b>
<b>1957/1100</b>	<b>295</b>	<b>171</b>	<b>-</b>	<b>42,36%</b>
<b>1961/1200</b>	<b>400</b>	<b>250</b>	<b>50</b>	<b>58,33%</b>

Fonte: Correspondência expedida/enviada pela RGM – Arquivo da AMG (1955-1960)

<sup>59</sup> Para efeito comparativo, o tamanho dos artigos encaminhados à Revista Paulista de Medicina (RPM), aos Arquivos Catarinenses de Medicina e à Revista da Associação Médica de Minas Gerais (RAMMG), segundo suas normas de publicação, não deveriam ser superiores a 20, 15 e 10 páginas, respectivamente (salvo exceções que seriam previamente analisadas pelo corpo editorial das revistas). No que se refere ao número de separatas, revistas de maior porte como a das associações médicas de MG e SP mantiveram esse número em 25 e 20, respectivamente, ao longo do recorte que estamos considerando para a RGM. A maioria, no entanto, não definia tal quantidade e solicitava que os autores entrassem em contato com a direção caso tivessem interesse em obter separatas.

<sup>60</sup> Nem todos os periódicos vinculados a sociedades médicas traziam informações sobre tiragem estampadas em suas páginas. Entre as revistas consultadas, só foi possível saber a tiragem da RAMMG, que variou entre 3000 e 4000 exemplares entre 1955 e 1962, e a RPM, cuja tiragem variou entre 6500 e 8500 no mesmo período.

Além dos médicos atuantes no Brasil Central e em outras regiões do país, recebiam a revista goiana bibliotecas universitárias, escolas de medicina, associações médicas, centros de estudos, institutos de pesquisa e hospitais espalhados pelo Brasil e pelo mundo, com os quais os goianos esperavam estabelecer permuta. Uma parte das cartas que integram o acervo da associação médica goiana, expedidas e recebidas pela RGM, versa sobre este tema. A frase “aceitam-se permutas com publicações congêneres. Serão feitos resumos e análises dos livros e revistas enviados à redação” aparece em todos os números da revista logo após as condições de publicação, e a pretensão de ir além das fronteiras nacionais se reforça pelo fato de a mesma frase aparecer, desde seu primeiro número, em outros dois idiomas: francês e inglês<sup>61</sup>.

Através do sistema de permuta a associação médica conseguia manter e atualizar sua biblioteca, destinada ao uso irrestrito por parte dos médicos da região. Nem sempre a proposta de permuta feita pelos goianos era aceita, como no caso da conceituada *Transactions*, editada pela Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene desde 1665, que justificou a negativa tendo em vista a longa lista de intercâmbios que já mantinha (RGM/Recebida – remetida em 27/01/1958 pela Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene); ou dos *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, editados pela Liverpool School of Tropical Medicine – outra renomada instituição britânica, fundada no final do século XIX. No entanto, às vezes a iniciativa partia das próprias instituições, que ofereciam seus periódicos em troca da revista goiana, dando indícios de sua circulação. Esse foi o caso da Universidad Nacional de San Agustín, no Peru, que recém-inaugurada ofereceu sua *Revista Universitaria* “en un intercambio de publicaciones que creemos beneficiaría a ambas instituciones” (RGM/Recebida – remetida em 29/04/1958 pela Universidad Nacional de San Agustín) e do Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer, de Paris, que além de perguntar sobre o interesse dos goianos no seu *Bulletin Signalétique D'entomologie Médicale et Vétérinaire*, pediram

---

<sup>61</sup> Entre as dez revistas de sociedades médicas consultadas, apenas a metade trazia algum aviso sobre aceitação de permuta, no caso, a Revista Médica do Sul de Minas (Varginha), os Arquivos Catarinenses de Medicina (Florianópolis), a Revista da Associação Piauiense de Medicina (Teresina), a Revista Paulista de Medicina (São Paulo) e a Revista Fluminense de Medicina (Niterói), com destaque para as duas últimas, cuja informação vinha em inglês, francês e espanhol.

autorização para mencionar os trabalhos divulgados na RGM em sua publicação (RGM/Recebida- remetida em 04/05/1959 pelo Diretor do ORSTOM) (anexo 14).

As fontes deixam entrever o grande esforço dos médicos goianos em estabelecer intercâmbio com o maior número possível de instituições científicas no Brasil e no exterior, sendo boa parte dos números da RGM destinada a este fim (mais de duzentos entre 1956 e 1957). Embora os relatórios da revista mostrem a quantidade e a origem dos exemplares recebidos nacional e internacionalmente, só foi possível localizar aqueles referentes aos anos de 1956, 1957 e 1958. A correspondência expedida pela RGM até 1963 permite que se afirme sobre a manutenção desse intercâmbio no restante do período considerado, ou seja, entre 1959 e 1962, mas não viabiliza a organização dos dados de forma padronizada, o que impede sua quantificação. A tabela abaixo, referente apenas aos anos de 1956 a 1958, mostra um aumento gradativo no número de publicações recebidas em permuta com a congênere goiana, perspectiva que pode ser projetada para os anos posteriores tendo em vista a circulação cada vez maior da RGM<sup>62</sup>:

	<b>Revistas recebidas em permuta</b>		
<b>Ano</b>	<b>Brasil</b>	<b>Exterior</b>	<b>Total</b>
<b>1956</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>54</b>
<b>1957</b>	<b>55</b>	<b>43</b>	<b>98</b>
<b>1958</b>	<b>63</b>	<b>64</b>	<b>127</b>

Fonte: Correspondência expedida/enviada pela RGM – Arquivo da AMG (1955-1960)

Entre 1955 e 1958 saíram listas com as publicações recebidas em alguns números da revista goiana, dando a conhecer as instituições com as quais estabeleciam permuta. Trata-se de mais de uma centena de títulos recebidos no período abordado, entre revistas, anais e boletins, que não cabe listar aqui.

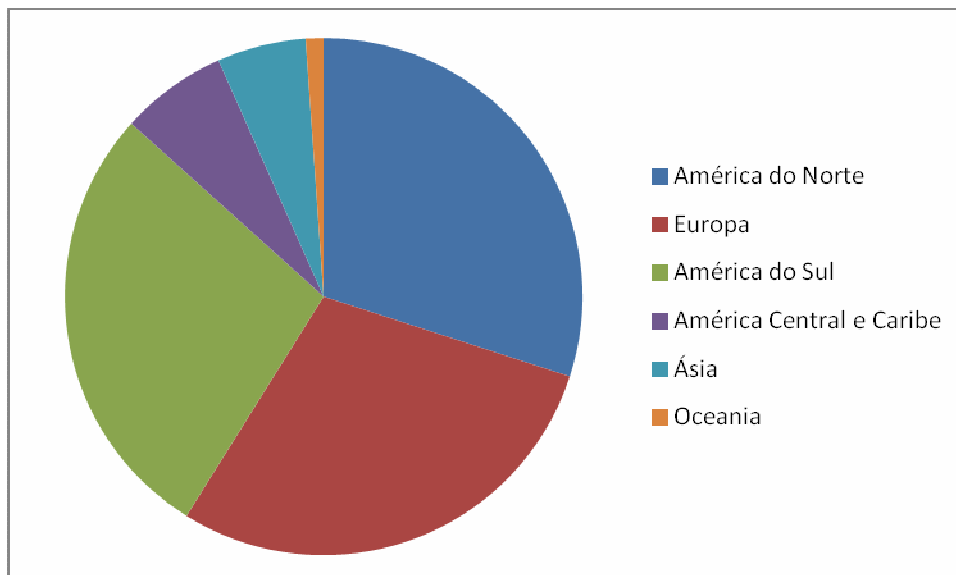
<sup>62</sup> Em artigo sobre os 30 anos de existência da *Revista Goiana de Medicina*, publicado no final dos anos 80, Rezende afirma que naquela época o número de permutas já ultrapassava 300 periódicos médicos (Rezende, 1984).

Infelizmente, o acervo da associação médica goiana não está organizado e sua correspondência, embora volumosa, está incompleta, o que impede uma análise mais acurada do material. Apesar das dificuldades impostas pelas fontes, com base no material coletado considerei factível e importante organizar os gráficos e tabelas abaixo com o objetivo de fornecer um panorama geral da circulação nacional e internacional que teve o periódico médico goiano. Assim, com base no conjunto de fontes coletadas entre os anos de 1955 e 1962, obtive o seguinte resultado:

**Tabela 1 - Circulação internacional RGM (1955-1962)  
Países e número de periódicos permutados**

<b>País</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Estados Unidos</b>	<b>19</b>
<b>México</b>	<b>06</b>
<b>Canadá</b>	<b>02</b>
<b>Itália</b>	<b>08</b>
<b>Espanha</b>	<b>05</b>
<b>Alemanha</b>	<b>03</b>
<b>Inglaterra</b>	<b>03</b>
<b>França</b>	<b>02</b>
<b>Portugal</b>	<b>02</b>
<b>Bélgica</b>	<b>01</b>
<b>Polônia</b>	<b>01</b>
<b>Suíça</b>	<b>01</b>
<b>Peru</b>	<b>07</b>
<b>Argentina</b>	<b>06</b>
<b>Uruguai</b>	<b>05</b>
<b>Chile</b>	<b>03</b>
<b>Colômbia</b>	<b>01</b>
<b>Equador</b>	<b>01</b>
<b>Guiana Francesa</b>	<b>01</b>
<b>Venezuela</b>	<b>01</b>
<b>Cuba</b>	<b>03</b>
<b>El Salvador</b>	<b>01</b>
<b>Nicarágua</b>	<b>01</b>
<b>Panamá</b>	<b>01</b>
<b>Índia</b>	<b>02</b>
<b>Israel</b>	<b>01</b>
<b>Japão</b>	<b>01</b>
<b>União Soviética</b>	<b>01</b>
<b>Nova Zelândia</b>	<b>01</b>

**Gráfico 1 – Circulação internacional RGM (1955-1962)  
(relação continente/quantidade de periódicos permutados)**



Como é possível notar através da tabela e do gráfico acima, no que se refere à circulação internacional da RGM, os Estados Unidos são os grandes responsáveis pelo fato de a América do Norte figurar entre as regiões que mais enviaram periódicos em permuta com a revista goiana. Dos 27 títulos, 19 foram provenientes de lá. Entre os títulos estão muitas publicações de associações médicas locais como as de Nova Iorque, Michigan e Illinois, além do *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana*, editado em Washington. Itália e Espanha foram os países europeus que mais remeteram revistas em troca da congênere goiana, somando juntos a metade do total de periódicos desta região. Da Inglaterra vieram três publicações, entre as quais destaco o *Tropical Diseases Bulletin* – que será abordado mais adiante em função da sua importância na divulgação da RGM – e o *British Medical Journal*, um dos mais antigos e respeitados periódicos médicos do mundo, que aceitou a permuta proposta pelos goianos (Bartrip, 1992). Itália, Alemanha, França

e Portugal enviaram pelos menos uma publicação relacionada ao tema da medicina tropical e parasitologia cada um<sup>63</sup>.

Peru, Argentina e Uruguai encabeçam a lista dos países sul-americanos com mais títulos. Das cinco revistas uruguaias, três versavam sobre pediatria e puericultura – algo que reflete o protagonismo deste país no que se refere aos temas da proteção à infância, tendo sido o responsável por inserir o assunto na pauta internacional de debates no início do século XX (Birn, 2006). Da Argentina foram remetidos os *Anales del Instituto de Medicina Regional* – publicação do Instituto de Medicina Regional, vinculado à Universidad Nacional de Tucumán. Fundado em 1942, o referido instituto existe até hoje e continua se dedicando à pesquisa científica, levantamentos epidemiológicos e ao ensino das doenças tropicais. Teve como seu primeiro diretor o médico Cecílio Romaña<sup>64</sup> – importante interlocutor dos brasileiros, e dos goianos em particular, em função de suas pesquisas sobre doença de Chagas (Kropf, 2009), tendo publicado mais de um artigo sobre este tema na RGM. Chile, Equador e Venezuela também permutaram publicações relacionadas à parasitologia e medicina tropical<sup>65</sup>. Panamá, El Salvador e Nicarágua, da América Central, e Nova Zelândia, da Oceania, contribuíram com um periódico cada, sendo que deste último país veio o *Bulletin of the Royal Society of New Zealand*. De Cuba vieram três títulos e da Ásia, cinco – a maioria de sociedades médicas locais. Apesar das tentativas, os goianos não obtiveram êxito entre os africanos.

---

<sup>63</sup> São eles: *Archivio Italiano Di Scienze Mediche Tropicali e Di Parassitologia* (Roma), *Zeitschrift fur Tropenmedizen und Parasitologie* (Stuttgart), *Bulletin de la Societé de Pathologie Exotique* (Paris) e *Anais do Instituto de Medicina Tropical* (Lisboa).

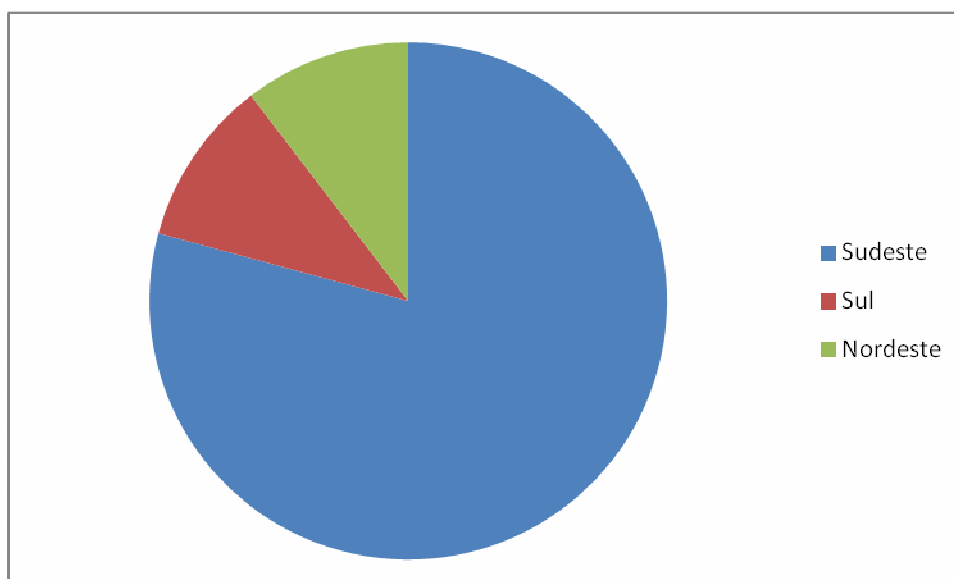
<sup>64</sup> O argentino Cecílio Felix Romaña Berón de Astrada ganhou notoriedade nos meios médico-científicos ao descrever em 1935 um importante sinal clínico da doença de Chagas – o sinal de Romaña – indicador da porta de entrada ocular da infecção chagásica. Seus laços com o Brasil se estreitaram após ganhar uma bolsa de estudos em 1934 e passar seis meses no Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, aprofundando seus conhecimentos sobre a tripanossomíase americana ao lado do próprio Carlos Chagas. De volta à Argentina, atuou como diretor do Instituto de Medicina Regional entre 1942 e 1955 e tomou parte na fundação da Faculdade de Medicina de Tucumán. Organizou também duas conferências internacionais importantes para a consolidação dos conhecimentos sobre a esquizotripanose no continente: a Primeira Reunião Panamericana sobre doença de Chagas (Tucumán, 1949) e a Primeira Conferência Nacional sobre a doença de Chagas (Buenos Aires, 1953) (Cf. Dias, 1997).

<sup>65</sup> São eles: *Boletín Chileno de Parasitología* (Santiago), *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical* (Guayaquil) e *Archivos Venezuelanos de Patología Tropical y Parasitología Médica* (Caracas).

**Tabela 2 – Circulação nacional RGM (1955-1962)****Estados brasileiros e número de periódicos permutados\***

Estado	Quantidade
Rio de Janeiro	35
São Paulo	24
Minas Gerais	02
Pernambuco	03
Alagoas	01
Bahia	01
Paraíba	01
Piauí	01
Sergipe	01
Rio Grande do Sul	04
Paraná	03
Santa Catarina	01

\*Do total de 82 títulos identificados, não foi possível saber a origem de cinco deles.

**Gráfico 2 - Circulação nacional RGM (1955-1962)****(relação região/ quantidade de periódicos permutados)**

Dos 61 periódicos provenientes da região sudeste, mais da metade (35) veio do Rio de Janeiro, entre eles merecem destaque a *Brasil-Médico* e as *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, dada sua longevidade (a primeira começou a circular em 1887 e a segunda em 1909) e importância nos meios médico-científicos nacionais. Entre os fatores que explicam a proeminência das publicações desta cidade está o fato de ela ter sido a sede da capital do país até a inauguração de Brasília em abril de 1960 e, portanto, local onde se concentrava a maioria das instituições de saúde de abrangência nacional. Neste sentido, as *Revistas Brasileiras* de Cancerologia, Anestesiologia, Gastroenterologia, Cirurgia, Otorrinolaringologia, Malariologia e Doenças Tropicais, Tuberculose e Doenças Torácicas, etc., – eram editadas na capital federal, onde estavam também os órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. O Rio de Janeiro era, assim, um dos pólos de ciência e medicina do país, juntamente com São Paulo, que está logo atrás com 24 títulos permutados com a RGM, entre eles a *Revista da Associação Médica Brasileira* e a *Revista do Instituto Adolfo Lutz*. As regiões sul e nordeste estão empatadas com oito revistas cada, a maior parte delas vinculadas às associações médicas locais como a do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Piauí, Alagoas, Minas Gerais e Pernambuco.

As temáticas das demais revistas recebidas eram muito variadas, tal como sucedia com os periódicos estrangeiros, e foram vários os títulos dedicados a especialidades médicas como: pediatria, neurologia, psiquiatria, cirurgia, reumatologia, leprologia, etc. Parece não ter havido preferência temática das revistas que seriam permutadas uma vez que todas as publicações recebidas, como mencionado anteriormente, comporiam a biblioteca da associação médica goiana – aberta a todos os médicos atuantes no estado. Vale ressaltar, no entanto, o interesse nas publicações específicas, voltadas para os temas da parasitologia e da medicina tropical, mesmo que a descontinuidade das fontes não permita que se afirme pela sua proeminência sobre as demais. O interesse maior dos goianos, ao que tudo indica, era tornar seu periódico cada vez mais conhecido e fazê-lo circular o máximo possível, principalmente entre instituições renomadas – o que nem sempre aconteceu, vide as negativas que receberam a alguns pedidos de permuta internacionais. Apesar disso, com base nas informações coletadas e no que os gráficos acima permitem deduzir, os goianos foram bem-sucedidos na empreitada



a que se lançaram, garantindo boa circulação para seu periódico e um bom número de revistas para seu acervo bibliográfico, mantendo os médicos que o buscavam atualizados.

Apesar do exitoso projeto de intercâmbio, que fazia a revista ser conhecida e demandada em várias regiões no Brasil e no exterior, desde seu primeiro ano de vida ela enfrentou dificuldades financeiras. Mantinha-se por meio de assinaturas e, principalmente, através dos anúncios de empresas que deveriam ser ligadas ao ramo da medicina e farmácia, tal como consta na ata de fundação da revista: “é atribuição da Comissão de Finanças manter o equilíbrio orçamentário, angariando anúncios e assinaturas, podendo os anúncios ser, além de laboratórios, de casas de saúde, casas de material cirúrgico, farmácias e livrarias”. (RGM/Expedida em 21/05/1957 - Cópia da Ata da 123ª Sessão da AMG). Embora em 1955 a revista já contasse com alguma propaganda, inclusive de setores que nenhuma relação tinham com a área médica (como no caso de uma loja goiana de material de construção e de uma relojoaria) notamos a partir de 1957 um incremento significativo no volume de anunciantes – resultado do trabalho do pediatra e então novo diretor tesoureiro Jonas Aiube. Na correspondência expedida pela revista percebe-se uma grande quantidade de cartas relacionadas à publicidade, uma parte delas enviada por Aiube a empresas e laboratórios na tentativa de aumentar o número de anunciantes na revista:

*“(...) Apesar das grandes dificuldades que enfrentamos, conseguimos até agora não atrasar nossas edições. Além de ter uma revista médica permanente, sem atrasos, nosso principal escopo era ter uma revista científica à altura da medicina praticada no Brasil, que refletisse nosso progresso e constituísse um incentivo aos médicos desta região. Nossa intenção, entretanto é manter e aperfeiçoar cada dia mais esta revista. Até o momento temos tido o apoio entusiástico de um pequeno número de laboratórios, mas para mantermos nossa revista temos que ampliar o número de anunciantes. Por este motivo estamos nos dirigindo a Vv.Ss., oferecendo-lhes as páginas de nossa revista para sua propaganda. Podemos afiançar-lhes que a aceitação que está tendo este órgão científico é uma garantia de recompensa ao pequeno dispêndio que Vv. Ss. fizerem em nossa revista.(...)”. (RGM/Expedida em 14/02/1957 para o Laboratório Fissan).*

O índice dos anunciantes, que foi publicado uma vez por ano entre 1955 e 1958, permite que se tenha uma ideia mais clara do sucesso de Aiube, que conseguiu dobrar a quantidade de anunciantes em um ano e trazer para a revista empresas como Bayer, Geigy e Johnson & Johnson. Muitas outras empresas anunciavam na revista, a maioria delas com sede no Rio de Janeiro ou São Paulo, entre as mais conhecidas estão Roche, Pfizer e Glaxo. Mas a publicação contava também com anúncios de empresas e laboratórios que tinham filiais em Minas Gerais, como é o caso das Indústrias Farmacêuticas Endochimica e a Produtos Químicos Ciba, que se localizavam em Uberlândia. Os médicos que clinicavam em Goiás também anunciavam seus hospitais e casas de saúde e, a partir de 1959, era possível encontrar qualquer médico atuante em Goiânia através da seção 'onde encontrar seu colega', que trazia seus respectivos endereços e especialidades ao final da revista.

As modalidades de anúncio, segundo tabela impressa na revista, poderiam preencher uma página inteira, meia página, 1/3 da página (opção que ao final de 1958 deixa de figurar) ou vir na forma de encarte (anexo 15). Entre os volumes I e VIII os preços para propaganda se alteraram, mas não chegaram a dobrar<sup>66</sup>. Para as empresas que visavam manter a publicidade por mais tempo, era oferecido um desconto, que variava também de acordo com o espaço ocupado pela mesma e com sua localização dentro da revista. Como estratégia de convencimento para que os laboratórios e empresas anunciassem ou mantivessem o contrato com a revista goiana, Aiube sempre procurava enfatizar a ampla tiragem e distribuição cada vez mais abrangente da publicação, que tinha público certo no Brasil Central – onde

---

<sup>66</sup>Tomando por base o preço da propaganda anual em uma página inteira da revista, temos o seguinte cenário: na RGM os valores variaram de Cr\$1500,00 a Cr\$ 2500,00 entre 1955 e 1962. No mesmo período a Revista Médica do Sul de Minas, que era semestral, cobrou entre Cr\$900,00 e Cr\$3500,00 e a Revista Paulista de Medicina, mensal e de maior circulação que a revista goiana, cobrou entre Cr\$2000,00 e Cr\$16000,00. Vale ressaltar que, em função de problemas financeiros e com a gráfica que imprimia a revista, a RGM passou a editar apenas dois números por ano a partir de 1961. Conclui-se, portanto, que embora a revista goiana não estivesse entre os periódicos mais caros para os anunciantes, também não estava entre os mais baratos, cobrando preços semelhantes ao da congênere paulista sendo que sua tiragem e periodicidade eram menores. Apesar de apenas dois periódicos, dentre os dez selecionados, contarem com informações sobre os custos para propaganda, todos eles lançavam mão de publicidade, variando apenas a quantidade de anunciantes.

era distribuída gratuitamente entre os médicos da região – mas alcançava até o exterior:

*“(...) Como poderão Vv. Ss. constatar, mediante o exemplar que anexamos à presente, por constantes melhorias passou a Revista Goiana de Medicina, tornando-se um magnífico veículo de publicidade de produtos farmacêuticos e científicos. Se, por um lado, a parte científica e a apresentação de nossa revista, melhorou, também sua distribuição (que é gratuita) foi aumentada, abrangendo além dos médicos de Goiás, Triângulo Mineiro, Mato Grosso e vários números esparsos para outros estados e exterior (...)”* (RGM/ Expedida em 03/12/1958 para os Institutos Terapêuticos Reunidos Labofarma).

O impacto positivo do trabalho levado a cabo por Aiube nota-se no relatório da RGM datado de dezembro de 1957, ano em que a revista conseguiu alcançar o equilíbrio orçamentário com base exclusivamente na publicidade, sem a necessidade de lançar mão do dinheiro da associação para cobrir seus déficits, como vinha fazendo desde o início de sua circulação (RGM/Expedida em 31/12/1957 – relatório). A partir de 1958, no entanto, com o grande aumento do preço do papel, do valor da mão-de-obra e da confecção de clichês, a revista voltaria a apresentar desequilíbrio em suas contas:

*“(...) foi um ano de atropelos e dificuldades em virtude da vertiginosa desvalorização do cruzeiro e ascensão do custo de vida que veio refletir no encarecimento progressivo de cada tiragem da Revista. Ao findar o ano anotávamos uma alta de quase 100% no preço do papel e clicherie e de 70% no valor dos serviços tipográficos. Como a maioria da publicidade achava-se sob contrato por um ano não foi possível operar-se um reajustamento paralelo na receita (...)”*. (RGM/Expedida em 31/12/1958 – relatório).

Esse desequilíbrio orçamentário não seria imediatamente sanado e se manteria ao longo dos anos subsequentes. Tal cenário provocou, a partir de 1959, um movimento no sentido de estimular os médicos que até então recebiam gratuitamente a revista, e que não eram sócios da AMG, a fazerem uma assinatura anual do periódico – iniciativa que foi abraçada por muitos colegas atuantes no

Brasil Central<sup>67</sup>. Esta iniciativa visava garantir a continuidade da circulação da revista que, naquela época, sofria com os efeitos da desvalorização do cruzeiro. O trecho abaixo exemplifica o apelo feito pelos médicos goianos aos redatores-correspondentes da RGM nas cidades em que até então a revista vinha sendo distribuída sem ônus. Assim, os representantes em Uberaba, Uberlândia, Araguaí e Ituiutaba em Minas Gerais e o de Brasília (que seria a próxima região a começar a receber gratuitamente o periódico, não fosse a situação de déficit enfrentada pela RGM) foram chamados a colaborar na arrecadação de assinaturas – apelo que foi prontamente atendido:

*“(...) a atual Diretoria da AMG, de acordo com a Direção da Revista, decidiu que a mesma só será enviada gratuitamente às Associações de Classe, Faculdades, Bibliotecas Médicas, Sociedades Científicas, aos sócios quites da AMG ou aos médicos que pagarem assinatura. Esta medida foi tomada tendo em vista o crescente “déficit” financeiro decorrente da alta do custo do papel e da mão de obra. O 1º número deste ano ficará em mais de Cr\$50.000,00, enquanto a receita oriunda de publicidade não alcançará a casa dos 40. Espero que você e os demais colegas compreendam esta medida de ordem geral e não vejam nela qualquer manifestação de animosidade de nossa parte para com os colegas de Brasília. O seu nome foi aprovado para continuar como redator da Revista e se você aceitar será também o nosso representante em Brasília para angariar assinaturas. Foi estabelecido o preço de Cr\$200,00 para a assinatura, por ano. Temos necessidade de assinantes e teríamos o maior interesse em contar com a colaboração dos colegas de Brasília (...)”.* (RGM/Expedida em 28/04/1959 para Isaac Barreto Ribeiro - Brasília).

Outro problema enfrentado pelo periódico, também relacionado ao financeiro, refere-se ao atraso com que saíram alguns de seus números a partir de 1958. Isso resultou em uma série de cartas enviadas pelos diretores da revista com

---

<sup>67</sup> O valor anual da assinatura da revista goiana variou de Cr\$150,00 em 1955 a Cr\$300,00 em 1962. Em 1959, quando os médicos foram chamados a contribuir, a assinatura custava Cr\$200,00 – o mesmo valor da Revista da Associação Médica de Minas Gerais, também trimestral, que dois anos depois passaria a custar Cr\$1000,00 (entre 1955 e 1959 a RAMMG editou apenas dois números por ano, voltando ao normal a partir de 1960, o que deve ter relação com este aumento de 400% no valor de sua assinatura anual). A Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul, de mesma periodicidade, custava Cr\$300,00 em 1959, passando para Cr\$500,00 em 1961. O pequeno aumento da assinatura da revista goiana ao longo do período considerado pode ter relação com o fato de, a partir de 1961, somente terem sido editados dois números por ano, não sendo adequado um reajuste elevado. Conclui-se, portanto, que a RGM não estava entre as revistas mais caras no período.

o objetivo de explicar o problema tanto às empresas que faziam propaganda no periódico quanto aos médicos que aguardavam a publicação de seus artigos. A justificativa apresentada envolvia a oficina onde eram impressos os volumes, portanto, seriam “alheios à sua vontade” (RGM/Expedida em 25/11/1960 para Produtos Químicos Geigy do Brasil S/A - SP). Informavam que a alternativa para contornar o problema teria sido montar uma gráfica própria – algo que chegou a se concretizar, mas que acabou não dando certo justamente por conta da alta inflação vivenciada no período. O atraso que começou em 1958 fez com que o volume VIII, referente a 1962, saísse com um único número apenas – segundo os diretores da revista, uma tentativa de normalizar os volumes subsequentes o que, no entanto, não aconteceu.

Com relação aos artigos que já haviam sido aprovados para publicação na revista, mas que por conta do atraso, não saíram na época esperada, houve um grande problema que teve que ser contornado. Alguns médicos se mostraram insatisfeitos com a demora e pediram seus trabalhos de volta. Este foi o caso, por exemplo, do médico Paulo Becker, professor adjunto da cadeira de patologia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – instituição com a qual os médicos goianos mantiveram estreita relação, como será ressaltado ao longo deste capítulo. Em longa carta a ele enviada, o diretor responsável e editor-chefe Rezende justifica a demora na publicação de seu trabalho e pede desculpas pelo inconveniente:

*“(...) Acusamos o recebimento de sua carta datada de 11 deste mês, na qual pede devolução dos seus trabalhos visto não interessarem à Revista. O seu trabalho “Criptococose associada com granuloma esquistossomático pulmonar” já foi publicado no vol. 6 no. 3, julho-setembro de 1960. Estamos lhe enviando 2 exemplares da Revista e 100 separatas. Infelizmente só agora estamos distribuindo este número, em virtude do atraso da Tipografia em nos entregar o serviço. Sei que o colega nada tem a ver com as nossas dificuldades e que todos os dissabores devem caber-nos tão somente a nós, que nos aventuramos a editar uma Revista médica em Goiás. Sinto-me, entretanto, no dever de prestar-lhe os seguintes esclarecimentos: quando recebi de suas mãos o referido trabalho, tínhamos já 2 números concluídos: o número dedicado ao cinquentenário da descoberta da doença de Chagas (vol. 5, n. 4) e o número seguinte (vol.6, n.1) que contém a tese de docência de um colega e que fôra impresso com um ano de antecedência. O seu trabalho, conforme tencionávamos fazer, deveria entrar no número seguinte ou seja, no vol. 6, n. 2. Acontece, entretanto, que devido a extensão do trabalho (cerca de 50 páginas) não foi possível incluí-lo naquele*

*número. O papel couché linha d'água, convém lembrar, é importado sob cota fixa concedida pelo Banco do Brasil e pela Alfândega, e sacrificamos nossas reservas com os 2 números anteriores. Só nos resta lamentar o ocorrido e discordar do colega pelo início de sua carta, reafirmando mais uma vez, que sua colaboração foi das mais relevantes que já tivemos ocasião de receber. Estamos lhe enviando o trabalho "Neoplasias neurogênicas do tracto gastro-intestinal" não porque não seja de interesse da Revista, mas sim porque não nos foi possível publicá-lo dentro do prazo que seria desejável (...)" (RGM/Expedida em 28/05/1961).*

Outros médicos, ao que parece, tiveram paciência e aguardaram a publicação de seus artigos. É o caso, por exemplo, do cirurgião da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto Álvaro Antunes Cardoso, cujo trabalho "Nossa experiência com o tratamento das úlceras gastroduodenais e tumores do estômago" (Cardoso, 1960), recebido em 1960, só saiu no ano seguinte em edição que reuniu trabalhos que haviam sido encaminhados para a revista muito tempo antes:

*"(...) Prezado amigo Álvaro, o seu trabalho sofreu algumas modificações de redação visando tão somente a forma e a linguagem, prática essa rotineira com todos os originais que nos são enviados para publicação. Entretanto achei melhor submeter o texto a sua apreciação com receio de que pudesse ter ocorrido alguma alteração na substância, o que não deve ocorrer. As ideias são de responsabilidade do autor e devem permanecer intactas após as modificações sugeridas no texto (...) Você já deve estar por conta com a nossa demora. Diversas circunstâncias nos têm sido adversas. Os dois outros trabalhos que sairão no mesmo número da Revista juntamente com o seu (número correspondente ao último trimestre de 1960) nos foram entregues um em 1958 e o outro em janeiro de 1959. De modo que o seu ainda é o caçula, pois foi recebido em 1960(...)" (RGM/Expedida em 16/05/1961).*

David Rosenberg – livre docente de clínica cirúrgica da Escola Paulista de Medicina e chefe do setor de cirurgia do IAPC de São Paulo – também acatou o pedido dos editores e aguardou. Em resposta à carta em que perguntava sobre o andamento da publicação de seu trabalho, assim se justificaram os goianos:

*"(...) Apressamo-nos a informá-lo de que infelizmente fomos forçados a suspender temporariamente a publicação da Revista por dificuldades financeiras. A Associação Médica de Goiás montou Tipografia própria e acreditamos poder recomeçar a publicar a Revista com regularidade somente a*

*partir de 1962, pois as matrizes do Linotipo que adquirimos só nos serão entregues em janeiro. Este ano tiraremos um ou dois números, com atraso, para não haver solução de continuidade. O seu trabalho é de grande interesse para nós, e é claro que a Revista só terá a ganhar em publicá-lo. Assim peço-lhe nos ajudar esperando mais um pouco. Se entretanto, achar que o artigo ficará desatualizado ou se esse atraso vier a prejudicá-lo de qualquer maneira, seremos os primeiros a concordar (embora com pesar) a devolver os originais (...) (RGM/Expedida em 25/10/1961).*

O atraso com que os números da revista começaram a ser expedidos a partir de 1958 comprometeu uma das normas da revista, qual seja, o ineditismo dos trabalhos nela publicados. Tendo em vista que os mesmos acabavam saindo em outros veículos de divulgação antes de saírem na RGM, a revista goiana perdia tal prerrogativa – importante para um periódico científico que buscava estar à altura das revistas científicas mais renomadas. É o caso, por exemplo, do trabalho conjunto de três autores do Rio de Janeiro – F. Pinto de Castro, J. de Figueiredo Angelo e P. Linhares Tranin – intitulado “Importância da gastroscopia no diagnóstico e controle de cura da úlcera gástrica benigna – considerações a respeito de 109 casos” (Castro, Angelo & Tranin, 1960b) que, coincidentemente, saiu no mesmo número da RGM que o artigo de Cardoso, anteriormente citado, embora tivesse sido enviado alguns anos antes.

Tratava-se de trabalho apresentado em mesa redonda sobre úlcera gástrica no IX Congresso Médico do Brasil Central e Triângulo Mineiro, realizado em Goiânia em setembro de 1958. Tal como consta no trecho acima, extraído da correspondência expedida pela revista, este trabalho foi encaminhado para publicação no mesmo ano em que foi apresentado. No entanto, sua veiculação de fato só ocorreu em 1961, no número da revista goiana correspondente ao último trimestre de 1960 (que estava saindo com atraso). Segundo dados do índice consultado, o *Cumulated Index Medicus* do ano de 1961, um trabalho com o mesmo título também saiu na revista *Medicina, Cirurgia, Farmácia* do Rio de Janeiro, no número correspondente a julho-agosto de 1960 (Castro, Angelo & Tranin, 1960a) e era de fato idêntico ao publicado pela RGM, como pude constatar. Apesar destes contratemplos, vale ressaltar que o ineditismo era pauta importante a ser seguida

pelos editores da RGM e os trabalhos que não se adequavam a esta norma não eram aceitos para publicação, sendo devolvidos ao autor, como no caso abaixo:

*“(...) Estamos lhe devolvendo o original do seu trabalho “Considerações e resultados clínicos sobre a associação penicilina G-potássica e penicilina G-benzatina (Dibenziletillenodiaminadipenicilina-G)” apresentado ao IX Congresso Médico do Brasil Central e Triângulo Mineiro e que nos foi confiado para publicação na Revista Goiana de Medicina. Infelizmente o referido trabalho não mais poderá ser publicado em nossa Revista em vista de ter sido o mesmo publicado nos “Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia” (vol.76: 243-246, out.1958). De acordo com as “Condições de Publicação” desta Revista só serão aceitos trabalhos originais inéditos (...)”. (RGM/Expedida em 27/01/1959 para F. Caldeira Algodal, Hospital Municipal de São Paulo, SP).*

A responsabilidade por avaliar a qualidade dos trabalhos enviados à revista e por decidir sobre a conveniência ou não de sua publicação cabia a um conselho científico composto por 10 membros (quatro deles pertencentes à comissão científica da AMG e mais seis escolhidos pelo presidente da associação). Manter o equilíbrio orçamentário com base na publicidade e nas assinaturas, como se viu anteriormente, era atribuição da comissão de finanças. Caberia à comissão de redação “receber os trabalhos aprovados pelo conselho científico e encaminhá-los à publicidade; encarregar-se da revisão e disposição da matéria; providenciar o sumário dos artigos em francês e inglês e fazer a expedição da revista”<sup>68</sup> (RGM/Expedida em 21/05/1957 - Cópia da Ata da 123ª Sessão da Associação Médica de Goiás). No topo da estrutura administrativa da *Revista Goiana de Medicina* estava o diretor responsável, no caso, o presidente da AMG em exercício. Na ata de criação deste periódico ficou definido que caberia a este diretor, entre outras atribuições, a escolha dos membros que atuariam no conselho científico e nas respectivas comissões. O mandato de cada membro vigoraria por tempo indeterminado, ficando a critério do diretor qualquer modificação que se fizesse necessária. Um corpo de redatores completava tal estrutura.

---

<sup>68</sup> Embora fosse atribuição da comissão de redação a produção de sumários (resumos) em dois idiomas, o inglês prevaleceu.



Organizado inicialmente por inscrição voluntária dos sócios da AMG residentes em Goiás, o quadro de redatores fixos estava distribuído segundo as seguintes especialidades médicas: clínica cirúrgica, clínica médica, otorrinolaringologia e oftalmologia, ortopedia e traumatologia, obstetrícia e ginecologia, pediatria e puericultura, cardiologia, anestesiologia, gastroenterologia e nutrição (mais tarde apenas gastroenterologia), fisiologia e doenças pulmonares, neuropsiquiatria, dermatologia, radiologia e radioterapia, hematologia e laboratório, higiene e saúde pública e patologia (esta última inserida na revista apenas em 1960). Havia ainda as seções de farmácia e odontologia (que deixaram de existir a partir do primeiro número de 1960). Embora a maioria dos redatores atuasse em Goiânia, alguns residiam nas cidades contempladas com sedes regionais da associação, instaladas em Anápolis, Ceres, Jataí, Morrinhos (que congregava também as cidades de Piracanjuba, Caldas Novas, Buriti-Alegre, Pontalina, Goiatuba e Itumbiara) e Brasília (transformada em associação independente a partir de 1959). Rio Verde e Rubiataba não contavam com sedes regionais, mas destes municípios também vieram alguns dos redatores.

Segundo observam Loudon & Loudon (1992) em trabalho sobre o periodismo médico no século XIX, os 'house journals', ou seja, periódicos vinculados a instituições, como no caso aqui analisado, tinham algumas vantagens em relação aos demais. Além de contar com um público de leitores cativo e com financiamento para cobrir os gastos com a publicação, provenientes das anuidades pagas pelos sócios, encontraria também entre os médicos associados os principais autores para seus artigos, ou seja, uma fonte quase inesgotável de matéria-prima para enriquecer seu conteúdo. No caso da revista goiana, no entanto, isso não funcionou tão bem. A permanência no cargo de redator efetivo estava condicionada à colaboração contínua no periódico, no qual seus membros deveriam publicar pelo menos um artigo por ano. Apesar do grande número de médicos que aceitaram tal incumbência – quase 100 no período analisado – no relatório produzido no final de 1957 o editor-chefe expôs o seguinte problema:

*"(...) Tem sido um dos mais sérios problemas com que se vem defrontando a Revista a escassez de colaboração, em que pese o grande número de colegas que aceitaram espontaneamente o cargo de Redator, comprometendo-se a fornecer*

*uma colaboração em qualquer das seções da Revista pelo menos uma vez por ano. A escassez de colaboração torna impraticável a seleção de trabalhos, ficando sem função a Comissão Científica. Para a continuidade da Revista, temos valido por mais de uma vez da boa vontade de médicos de fora, a quem recorreremos, pedindo colaboração (...)”. (RGM/Expedida em 31/12/1957 – relatório)*

Como solução, sugeri:

*“(...) Sem nenhuma crítica aos colegas que até hoje não colaboraram com a Revista, porque sabemos a soma de esforços e sacrifícios que um trabalho mesmo modesto requer, queremos apenas salientar um fato singular: as seções que contam com maior número de redatores são justamente as que menos têm colaborado até o momento. (...) Desejamos propor à Diretoria da AMG, para que suas decisões se façam respeitadas, que se conceda um prazo de mais 3 anos para que os atuais redatores colaborem efetivamente com a Revista. Ao fim desse prazo, ou seja, ao fim de 5 anos de espera, aquele que nada produzir certamente não o deseja e seu nome deverá ser retirado da Revista (...)” (RGM/Expedida em 31/12/1957 – relatório).*

O prazo para que os médicos colaborassem no periódico, e assim permanecessem no quadro de redatores, expirava em 1960, mas desde o início de 1959 a cobrança foi incisiva. A promessa expressa na carta abaixo foi rigorosamente cumprida e dos 81 redatores que compunham o corpo redatorial da revista em 1959, apenas 39 permaneceram no cargo no ano seguinte:

*“(...) Em junho de 1955, ao fundar-se a Revista Goiana de Medicina foi formado o corpo de redatores, ao qual o colega passou a pertencer, tendo assumido o compromisso de apresentar pelo menos uma colaboração por ano, seja sob a forma de trabalhos originais, seja simplesmente de noticiários, resumos, etc. Como muitos colegas até o fim de 1957, isto é, 2 anos e meio após a fundação da Revista, não houvessem prestado sua colaboração como redator foi decidido na Assembleia Geral da Associação Médica de Goiás, realizada em 30 de janeiro de 1958 conceder-se o prazo máximo de 5 anos para que todos tivessem tempo suficiente. Ao fim deste prazo, isto é, em junho de 1960, deverá ser modificado o quadro de redatores, devendo figurar na Revista apenas os nomes dos que houveram realmente colaborado. Assim sendo, julgamo-nos no dever de alertar o prezado colega, esperando que durante o ano de 1959 possa oferecer a sua desejada colaboração ao órgão oficial da Associação Médica de Goiás. (...)” (RGM/Expedida em 28/02/1959 para Alcyr Mendonça, Rio Verde – GO).*

Em 1957 a revista adquiriu personalidade jurídica e seu nome passou a ser propriedade da AMG (Rezende, 1957). Com isso, sua estrutura administrativa teve que ser modificada, passando a contar com dois diretores, orientados pelo presidente da AMG: um diretor responsável, ao mesmo tempo redator-chefe, cargo ocupado durante décadas por Rezende, e um diretor tesoureiro, cargo ocupado por Aiube até 1963<sup>69</sup>. O antigo conselho científico transformou-se em comissão, mas manteve as mesmas funções, tal como a comissão de redação – ambas agora compostas por quatro membros cada. A grande novidade ficou por conta da criação da seção de redatores-correspondentes para colegas residentes em cidades vizinhas de outros estados. Caberia a estes colaborar em qualquer das seções e servir como intermediários entre a revista e aqueles que desejassem utilizar as páginas da mesma para divulgação de seus trabalhos (RGM/Expedida em 12/06/1957 para Calil Porto). Entre 1957 e 1962 a RGM contou com correspondentes nas cidades de Uberlândia, Uberaba, Araguaí, Frutal e Ituiutaba em Minas Gerais; São José do Rio Preto em São Paulo, Campo Grande e Cuiabá em Mato Grosso e em Brasília.

Entre 1955 e 1962 a revista goiana foi composta por seções que podemos considerar ‘fixas’, dada a sua regularidade, e por outras que se apresentavam transitoriamente em suas páginas. Entre as seções fixas estavam o editorial (cuja autoria cabia ao diretor responsável), artigos originais, noticiário e resumos (de trabalhos publicados no Brasil e no exterior). Entre os volumes I e VIII, os editoriais versaram sobre diversos assuntos, entre eles o curandeirismo (sobre o qual a AMG era sempre instada a se pronunciar e que foi abordado no capítulo anterior), congressos médicos (nos quais os goianos tomavam parte, fossem no estado ou não) e doença de Chagas – tema de três números que corresponderam a edições especiais da revista dedicadas à enfermidade em âmbitos regional, nacional e internacional. O noticiário trazia informações sobre a AMG e suas seções regionais, sobre médicos que visitavam Goiás para dar palestras ou cursos (muitas vezes a convite da própria associação), realização de congressos e jornadas e

---

<sup>69</sup> No final de 1958 mais um cargo de direção foi criado e no ano seguinte passou a figurar na estrutura administrativa da revista: o de diretor-secretário, ocupado pelo cardiologista Anis Rassi até 1967. A ele ficaram entregues a correspondência da revista, a parte científica, “e outros misteres afins” (RGM/Expedida em 31/12/1958 – relatório).

informes sobre cursos no país e no exterior, cujos programas a revista goiana recebia para serem divulgados em suas páginas (temas explorados no capítulo anterior).

As seções 'registro de casos clínicos', 'clínico-patológica' e 'congressos médicos' apareceram logo no segundo número da revista, mas se mantiveram com periodicidade irregular ao longo da época considerada. A introdução da seção clínico-patológica é explicada no editorial do segundo número da revista. Fruto de uma colaboração com a 5ª cadeira de clínica médica do serviço do professor Edgard Magalhães Gomes da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, é com orgulho que os goianos divulgam este fato e agradecem a José Schermann, organizador das sessões e chefe de clínica do referido serviço, "pelo privilégio que nos concedeu de enriquecer esta Revista com material de grande valia" (Editorial, 1955b: 75). Para aqueles que não estavam familiarizados com tal serviço, pelo qual haviam passado muitos goianos que se formaram no Rio de Janeiro, o editorial esclarece sobre a importância de tal cadeira, sobre os médicos que a conduziram desde que foi criada e sobre o funcionamento da mesma. Tal parceria, se assim se pode considerar, reforça o respaldo que os meios médicos dos grandes centros davam à revista, contribuindo para ampliar sua ressonância.

Esporádicas também foram as seções 'in memoriam' (dedicada aos médicos goianos falecidos), 'correspondência', 'relatório', 'palestras e conferências' (em geral realizadas na sede da AMG em Goiânia ou em suas regionais), 'página literária' (na qual os médicos goianos externavam sua veia artística) e 'temas da atualidade', que surgiram posteriormente. As seções 'reuniões científicas', 'aula inaugural' e 'legislação médica' apareceram uma única vez: a primeira em 1958 e as duas últimas em 1960 por ocasião da fundação da Faculdade de Medicina de Goiás e da publicação do regimento interno do Conselho Regional de Medicina respectivamente.

Destaco a seção 'correspondência' do segundo número de 1956, na qual foi publicada uma carta do médico Felix Grant, de Vianópolis (GO) – cidade a 79 km de Goiânia. Trabalhando há mais de seis anos em diversas regiões do sertão goiano, Grant trazia um apelo aos médicos que atuavam no interior do país. Percebendo

que quase nada vinha sendo feito pelo governo em prol da solução de problemas básicos de saúde, como as verminoses e as doenças venéreas, instigava os médicos a agirem por si sós, colaborando individualmente para a educação sanitária dos habitantes destas zonas. Para tanto, relatava sua experiência na realização de pequenas palestras sobre cuidados básicos de higiene, voltadas para adultos e crianças, em parceria com os Grupos Escolares. No que se referia às doenças venéreas, sugeria um trabalho de tratamento e prevenção das prostitutas, para o qual contariam com o auxílio dos órgãos de polícia na tentativa de evitar a sua propagação (Grant, 1956).

Esta carta demonstrava o interesse dos goianos em promover ações que tivessem a saúde da população do interior como principal foco. Além disso, renovava o compromisso da revista com os médicos que atuavam longe das capitais, estimulando-os inclusive a escrever no periódico. Apesar disso, foi a primeira e única vez que uma carta com este teor apareceu nas páginas da RGM. Sua publicação inaugurou aquela seção da revista, que, no entanto, só apareceria mais três vezes ao longo do período considerado. No número seguinte seriam publicados trechos da correspondência enviada aos goianos por seus colegas atuantes no Brasil e no exterior, com palavras elogiosas sobre a RGM. Entre os médicos que externaram seu apoio à iniciativa estão compatriotas atuantes no Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Araguaí, Bambuí, Estados Unidos e um estrangeiro de Havana (Cuba). Percebe-se com isso, a circulação cada vez mais abrangente da RGM, alcançando desde os profissionais que atuavam no interior do país até o exterior. Em 1959 a seção 'correspondência' voltou a integrar a revista em dois de seus números – desta vez, para comunicar grandes feitos cirúrgicos nacionais.

Das seções 'relatório' e 'temas da atualidade' destaco dois trabalhos de um mesmo médico – Délio Menezes Sena, de Piracanjuba (GO). Ex-diretor do Departamento de Assistência da Fundação Brasil Central<sup>70</sup>, no segundo semestre de 1956 publicou um artigo sobre a assistência médica executada em Goiás e Mato Grosso (Sena, 1956). Neste trabalho, Sena dá detalhes da atuação do referido

---

<sup>70</sup> A Fundação Brasil Central foi criada em outubro de 1943 como órgão especial do governo estadonovista de Getúlio Vargas e extinta em 1967. No contexto do programa da 'Marcha para o Oeste', tinha entre seus objetivos o desbravamento e ocupação do Brasil Central (Cf. Maia, 2010).

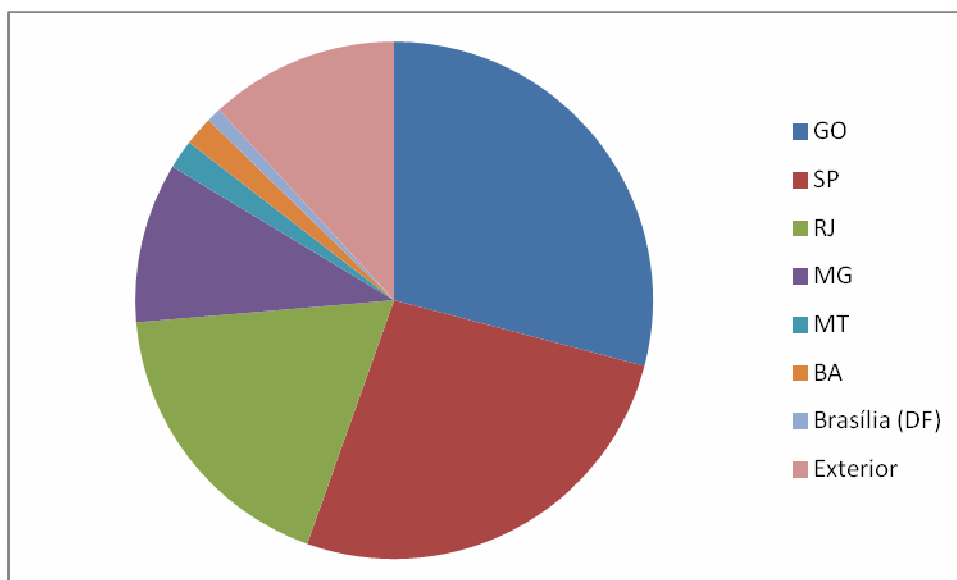
departamento, inclusive dados estatísticos, que mostram os grandes benefícios que ele trouxe para os habitantes do Brasil Central. Lamenta que tendo funcionado intensamente durante quatro meses, o serviço estivesse paralisado. Desejando que os seus esforços e os de outros três médicos envolvidos com o trabalho – um deles vítima fatal de acidente de avião enquanto se dirigia para um dos postos médicos implantados – não fossem em vão, conclui o artigo acreditando que ele poderia servir “como base de estudos para todo e qualquer tipo de assistência às populações doentias desse imenso e desprezado Brasil Central” (Sena, 1956: 206).

No ano seguinte, seu artigo versou sobre proteção à infância e medicina preventiva. Em um tom de denúncia, tal como a carta do médico de Vianópolis comentada anteriormente, Sena mostrou como os cuidados de saúde pública para com o interior eram precários, especialmente no que se referia à medicina preventiva. Comentou a falta de meios que os médicos enfrentavam nos postos de saúde no interior do país – mantidos apenas por razões políticas – a subnutrição infantil como um problema devastador e a ineficácia da educação sanitária por meio de cartazes e propaganda radiofônica já que “os que mais necessitam dessa educação não possuem rádio e na sua grande maioria são analfabetos” (Sena, 1957: 259). Indignado, este médico goiano lançava mão das páginas do periódico em questão para chamar a atenção dos responsáveis pela saúde pública e dos colegas residentes no interior, os quais deveriam estudar o problema com mais interesse.

Este compromisso dos goianos com os problemas que mais assolavam os habitantes do interior do Brasil, expresso em caráter denunciante pelos médicos acima citados, fica evidente quando se observa a seção ‘artigos originais’ da RGM, no qual se destaca o interesse pelas doenças parasitárias (tal como se verá mais adiante). Boa parte dos trabalhos que constituíram esta seção foi decorrente da participação dos médicos em congressos, conferências, jornadas e reuniões, de âmbitos regional e nacional, e a maioria de seus autores atuava em Goiás. O gráfico abaixo permite que se visualize, de um modo geral, a distribuição dos médicos que escreveram na RGM segundo o estado de origem. Como é possível perceber, do total de autores que publicaram entre 1955 e 1962, os goianos são seguidos de

perto pelos médicos provenientes de São Paulo e Rio de Janeiro. Minas Gerais, Bahia e Mato Grosso completam o quadro nacional, no qual também se destaca Brasília, que marca presença mesmo antes de sua inauguração. Um número comemorativo dos 50 anos da descoberta da doença de Chagas, que circulou em 1959, é responsável pelos artigos de autoria de médicos estrangeiros provenientes da Argentina, Chile, Uruguai, Paraguai, Bolívia, Peru, Equador, Costa Rica, Guatemala, México e Estados Unidos.

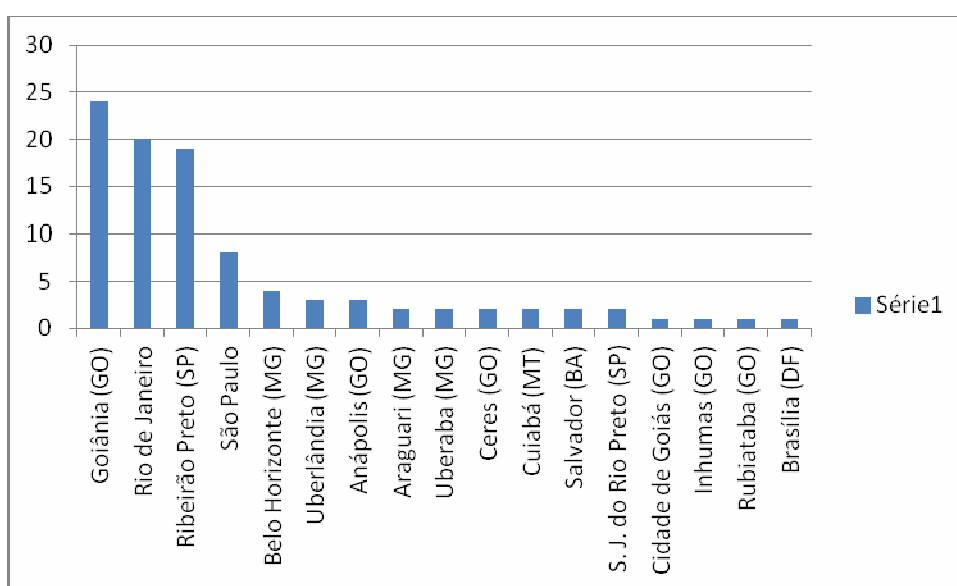
**Gráfico 3 - Distribuição dos médicos que escreviam na RGM segundo sua origem (1955-1962)**



O gráfico abaixo focaliza a distribuição nacional dos médicos e por meio dele é possível ter uma ideia mais detalhada acerca da origem – por município – destes autores. Para identificar tal origem me pautei nos vínculos profissionais ou acadêmicos que eram divulgados na revista e que levavam em consideração a instituição à qual cada médico pertencia na data de publicação do artigo. Neste sentido, apesar de outras cidades goianas estarem representadas na RGM, vemos que grande parte dos médicos de Goiás que publicaram no periódico residia e atuava na capital, Goiânia. O Rio de Janeiro vem logo atrás, seguido de muito perto

por Ribeirão Preto – cidade que dá a São Paulo o segundo lugar no gráfico acima, tendo em vista que dos 29 médicos deste estado, 19 atuavam naquela cidade do interior paulista. Da cidade de São Paulo oito médicos escreveram para o periódico goiano e das cidades do Triângulo Mineiro (Araguari, Uberaba e Uberlândia) sete foram os autores que contemplaram a revista com algum artigo. Somados, os médicos que atuavam em Goiás, Ribeirão Preto e Triângulo Mineiro chegam a pouco mais da metade do total de médicos que escreveram na RGM no período considerado, o que permite concluir que a revista goiana alcançou uma das metas arroladas em seu primeiro editorial e funcionou como veículo de projeção para os médicos do interior (Editorial, 1955a: 01).

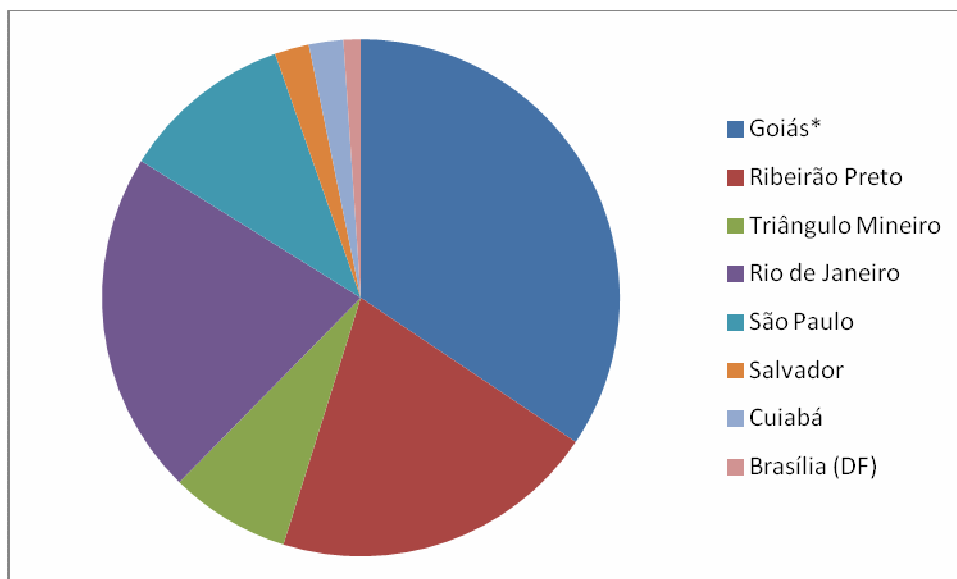
**Gráfico 4 - Distribuição nacional dos médicos que publicavam na RGM segundo a cidade em que atuavam (1955-1962)\***



\* Ao longo do período considerado apenas dois médicos se deslocaram a nível nacional ao assumirem novos cargos. Tendo em vista que meu objetivo era indicar as cidades /regiões de onde vieram mais contribuições para a revista, optei por considerar cada uma das cidades por que passaram os médicos em questão como uma 'entrada' diferente. Por exemplo: Isaac Barreto Ribeiro, médico que atuava inicialmente em Ceres (GO), passou a trabalhar em Brasília a partir de 1957, de onde enviou artigos para a revista. Consideraram-se, assim, as duas cidades – Ceres e Brasília – embora se trate de um único médico. Assim, apesar de o total de médicos ser 107, os cálculos para os gráficos acima foram feitos considerando-se um total de 110.



**Gráfico 5 – Revista Goiana de Medicina: veículo de projeção para os médicos do interior**



\*As cidades goianas a que me refiro são: Goiânia, Anápolis, Ceres, Rubiataba, Inhumas e Cidade de Goiás.

O gráfico acima permite que se visualize melhor o que foi possível constatar por meio do gráfico anterior, ou seja, que os trabalhos dos médicos de Goiás, Ribeirão Preto e Triângulo Mineiro, juntos, configuraram maioria nas páginas da revista goiana. Essa quantificação deixa entrever os estreitos laços mantidos entre goianos e os médicos atuantes nestas outras regiões, com as quais estabeleceram verdadeiras redes de colaboração mútua. Com relação a Ribeirão Preto, estas redes foram sendo construídas por intermédio da faculdade de medicina, instalada naquela cidade em 1952 e vinculada à Universidade de São Paulo. O interesse comum pela doença de Chagas teria aproximado os médicos de ambas as regiões desde meados dos anos 50 – como se verá mais detalhadamente na próxima seção deste capítulo. Inicialmente o intercâmbio foi mais intenso com os colegas atuantes no Departamento de Patologia daquela instituição. O trecho abaixo, retirado de uma carta remetida por Rezende a Paulo F. Becker, médico deste departamento, reforça o peso dos laços entre os médicos atuantes nestas duas cidades:

*“(...) Agradeço em meu nome e em nome de meus colegas suas bondosas palavras, as quais longe nos envaidecer servem para nos estimular a manter o mesmo espírito de pioneirismo científico. Na verdade a publicação da Associação*

*Médica de Goiás, da qual eventualmente sou o Diretor, representa um ousado esforço de antecipação, uma realização bastante prematura da classe médica goiana, considerando o estágio de desenvolvimento até agora alcançado pelo Brasil Central. Felizmente temos encontrado apoio de pessoas como o Prof. Koeberle, cujo prestígio nos meios científicos confere a nossa Revista um conceito e um valor que de outro modo não teria (...)”.* (RGM/Expedida em 02/11/1957 para Paulo F. Becker).

Fritz Koeberle, mencionado na carta acima, era chefe do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP). Seu vínculo com os goianos seria bastante forte, configurando-se como um de seus principais aliados na busca pela aceitação da etiologia chagásica do megaesôfago (aspecto que será aprofundado mais à frente). José Lima Pedreira de Freitas, do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva desta instituição, é outro personagem importante. Tal como se viu nos capítulos anteriores, desde o início dos anos 50 vinha contribuindo com os goianos nos estudos que diziam respeito à doença de Chagas, tendo participado ativamente também de várias edições dos congressos regionais. Pedreira de Freitas estava entre os sócios honorários da AMG (RGM/Expedida em 04/08/1956 para José Lima Pedreira de Freitas) e entre as personalidades que mais inspiraram os goianos, como se pode perceber no trecho abaixo:

*“(...) Não podemos, por vários motivos, prescindir da sua colaboração para esse número e assim pedimos-lhe que nos envie o original, se possível ainda este mês. Para a Revista não tem importância que o mesmo trabalho seja publicado em “Anais”, cuja circulação é sempre restrita. A publicação de seu trabalho em nossa Revista torná-lo-á mais acessível aos que dele necessitam e, ao mesmo tempo, estará o prezado amigo nos auxiliando na importante tarefa de divulgação dos conhecimentos sobre a Moléstia de Chagas nos meios de mais alta endemicidade, tarefa essa para a qual fomos despertados precisamente graças à sua atuação (...)”* (RGM/Expedida em 03/01/1958 para José Lima Pedreira de Freitas).

Já a relação com os médicos do Triângulo Mineiro começou a ser tecida um pouco antes, desde as primeiras edições dos congressos médicos que se realizavam naquela região, os quais, dada a intensa participação dos goianos, ganhariam o nome de Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central – como se viu

no segundo capítulo. Araguari, Uberaba e Uberlândia possuíam suas respectivas associações médicas, na verdade, seções regionais da Associação Médica de Minas Gerais que contava, inclusive, com uma revista própria (*Revista da Associação Médica de Minas Gerais*). No entanto, os médicos ali atuantes preferiam publicar seus trabalhos na congênere goiana a qual, “apesar do nome, é de todos nós (goiana quer apenas dizer: impressa em Goiás)” (RGM/Expedida em 02/12/1955 para Calil Porto).

Destacam-se deste grupo os médicos Calil Porto, clínico atuante em Araguari, e Adib Jatene professor de anatomia topográfica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, em Uberaba<sup>71</sup>. O que estes médicos tinham em comum? Assim como os médicos de Ribeirão Preto, o interesse pela doença de Chagas – enfermidade que acometia grande número de trabalhadores no interior e com os quais tinham contato mais imediato, dada sua atuação no Brasil Central. Como será possível notar, aos poucos esta doença foi se constituindo como prioridade da RGM e isso foi sendo percebido pelos médicos nela interessados, os quais acabavam optando por mandar seus trabalhos para a revista goiana ao invés de qualquer outra, fosse de associação local ou de circulação mais abrangente. Esse foi o caso de Jatene, por exemplo:

*“(...) Conforme prometi quando aí estive segue o trabalho sobre Doença de Chagas e transfusão de sangue. Aqui me sugeriram que o mandasse a Revista da AMB. Eu creio que na Revista Goiana, que vocês têm procurado engrandecer com um grande trabalho e torná-la mais dedicada aos problemas relacionados com o grande flagelo de nossa região seria o mais aconselhável (...)”.* (RGM/Recebida – remetida em 29/12/1958 por Adib Jatene).

Em resposta, assim se posicionaram os goianos:

*“(...) Agradecemos a preferência e afirmamos com convicção que o seu trabalho será realmente muito mais útil para os médicos de Goiás e Triângulo Mineiro, e terá muito maior repercussão do ponto de vista prático sendo divulgado em nossa Revista do que em qualquer outra. A menor penetração de nossa Revista é*

---

<sup>71</sup> A Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro foi fundada oficialmente em abril de 1953, mas a autorização para seu funcionamento só viria um ano depois. Sua aula inaugural foi proferida por Juscelino Kubitschek – na época, governador de Minas Gerais. Até 1960 funcionou como instituição privada. Para maiores informações Cf. Lopes & Chapadeiro, 2003.

*compensada pelos resumos que saem no Tropical Diseases Bulletin e que alcançam a todos os interessados no assunto em todos os Países. O seu trabalho será publicado no 1º número de 1959, que deverá sair em abril. Pedimos nos escrever caso deseje mais de 50 separatas (...)”.* (RGM/Expedida em 26/01/1959 para Adib Jatene).

Emmanuel Dias<sup>72</sup>, um dos médicos mais engajados na luta em prol da erradicação da doença de Chagas (Kropf, 2009), como foi possível constatar por sua ampla participação nos congressos médicos, fosse orientando os clínicos do interior ou sugerindo moções ao governo que garantissem o combate mais efetivo à doença, foi outro autor que priorizou a RGM. Diretor do Centro de Estudos e Profilaxia da Doença de Chagas em Bambuí (CEPMC-MG), um posto avançado do Instituto Oswaldo Cruz e importante referência nos métodos de combate aos triatomíneos, considerou mais adequado a publicação de seu trabalho na RGM do que na tradicional publicação *O Hospital*:

*“(...) Prezado Dr. Joffre, recebi neste instante sua carta de 31 de dezembro, que respondo com satisfação. Será com prazer que verei publicado na Revista Goiana de Medicina meu relatório apresentado à Mesa Redonda sobre Doença de Chagas, do IX Congresso Médico do Brasil Central e lido pelo meu filho João Carlos Pinto Dias, que aí terá deixado a cópia datilografada (sem os defeitos das mimeografadas) para publicação. Entretanto, estou enviando nova cópia, pois tenho muito interesse em que apareça na RGM, que tanta atenção vem dando, felizmente, ao momentoso assunto da Doença de Chagas. (...) Eis porque fiquei surpreso com o pedido de autorização para a publicação do trabalho. Julgava, mesmo, obrigatória sua publicação na RGM, e por isto deixei de mandá-lo a “O Hospital” (...)”* (RGM/Recebida - remetida em 10/01/1959 por Emmanuel Dias).

---

<sup>72</sup> Sobrinho de Oswaldo Cruz e afilhado de Carlos Chagas, Emmanuel Dias teve uma trajetória completamente voltada aos estudos sobre a doença de Chagas desde sua formação. Inicialmente como estagiário, mais tarde como biólogo de Manguinhos, dedicou-se à enfermidade em seus mais diversos aspectos (parasito, xenodiagnóstico, clínica e epidemiologia). Fundou o Centro de Estudos e Profilaxia da Doença de Chagas em Bambuí (MG) em 1943, à frente do qual permaneceu até seu falecimento em 1962. A partir de 1944 Dias priorizou a luta anti-chagásica a partir do combate direto aos triatomíneos ou indiretamente através da melhoria das condições das habitações rurais. Relacionar-se-ia com cientistas e políticos importantes com o objetivo de obter apoio para sua campanha profilática, culminando com uma experiência modelar em Bambuí e arredores. Cf. Kropf, 2009; <http://www.paho.org/Portuguese/AD/DPC/CD/emmanuel-dias-biografia.pdf> - consultado em 07/08/2012.

Os autores que destinavam seus artigos às páginas da RGM, além dos redatores que já tinham este compromisso, o faziam por simpatia à iniciativa dos goianos e pelo desejo de prestigiá-la, considerando-a um veículo sério e promissor, principalmente no que se refere ao interesse pela doença de Chagas. Deixavam mesmo de publicar em revistas de maior circulação, tradição e peso como *O Hospital* e *Revista da AMB*, por exemplo, por acharem que a congênere goiana se enquadrava melhor no perfil de seus trabalhos – voltados para as patologias regionais e, portanto, de maior interesse para os médicos atuantes no interior do país. Além dos médicos aqui citados, com os quais a relação se deu de modo mais estreito, pode-se dizer que muitos outros se interessaram pela revista goiana. A tabela a seguir mostra os autores, em âmbito nacional, que publicaram na revista e a quantidade de artigos respectivamente:

**Tabela 3 – Relação de médicos que publicaram na revista, origem e quantidade de artigos (1955-1962)**

Quantidade	Autor	Cidade
07	Joffre Marcondes de Rezende	Goiânia (GO)
06	Áttila Gomes de Carvalho	Goiânia (GO)*
06	Carlos Borges	Goiânia (GO)
04	Anis Rassi	Goiânia (GO)
04	Jarbas Doles	Goiânia (GO)
03	Otoni Torres Verano	Goiânia (GO)
02	Aluizio Ramos de Oliveira	Goiânia (GO)
02	Anuar Auad	Goiânia (GO)
02	Francisco Ayres	Goiânia (GO)
02	Omar Carneiro	Goiânia (GO)
01	Aloysio de Almeida Castro	Goiânia (GO)
01	Francisco Ludovico de Almeida	Goiânia (GO)
01	Geraldo Brasil	Goiânia (GO)
01	Javier Puig Serra	Goiânia (GO)
01	Jorge G. Dourado	Goiânia (GO)
01	José César de Castro Barreto	Goiânia (GO)
01	José Normanha de Oliveira	Goiânia (GO)
01	José Peixoto da Silveira	Goiânia (GO)
01	José Xavier de Almeida Júnior	Goiânia (GO)
01	Juracy Gripp Cotta	Goiânia (GO)
01	Lisandro Vieira da Paixão	Goiânia (GO)

01	Marilia dos Santos Ayres	Goiânia (GO)
01	Murilo Bueno Brandão	Goiânia (GO)
01	Rubens Ferreira de Moraes	Goiânia (GO)
05	William Barbosa	Anápolis (GO)
02	Kemil Lauar	Anápolis (GO)
01	Anapolino de Faria	Anápolis (GO)
04	Isaac Barreto Ribeiro	Ceres (GO)*
01	F. Montenegro de Cerqueira	Ceres (GO)
01	Elias Haun	cidade de Goiás (GO)
02	Olímpio Heitor de Paula	Inhumas (GO)
01	Weuler da Cunha Alvim	Rubiataba (GO)
02	Jacob Gamarski	Rio (RJ)
02	José Salum	Rio (RJ)*
02	C. Magarinos Torres	Rio (RJ)
01	Almir J. Pereira	Rio (RJ)
01	Emmanuel Dias	Rio (RJ)
01	Fernando Paulino	Rio (RJ)
01	Flávio Aprigliano	Rio (RJ)
01	F. Pinto de Castro	Rio (RJ)
01	Geraldo Siffert de Paula e Silva	Rio (RJ)
01	Jacques Houli	Rio (RJ)
01	José Rodrigues da Silva	Rio (RJ)
01	José Schermann	Rio (RJ)
01	J. de Figueiredo Angelo	Rio (RJ)
01	Nelson Luiz de Araújo Moraes	Rio (RJ)
01	O. Arantes Pereira	Rio (RJ)
01	Paulo da Silva Lacaz	Rio (RJ)
01	P. Linhares Tranin	Rio (RJ)
01	Sérgio M. Brito	Rio (RJ)
01	Woodrow Pimentel Pantoja	Rio (RJ)
05	Fritz Koeberle	Ribeirão Preto (SP)
02	Álvaro A. Cardoso	Ribeirão Preto (SP)
02	Clóvis B. Vieira	Ribeirão Preto (SP)
02	José Lima Pedreira de Freitas	Ribeirão Preto (SP)
01	F. Gomes de Alcântara	Ribeirão Preto (SP)
01	Godofredo Koeberle	Ribeirão Preto (SP)
01	Helio Lourenço de Oliveira	Ribeirão Preto (SP)
01	Jurandy Santos	Ribeirão Preto (SP)
01	Luiz H. Câmara-Lopes	Ribeirão Preto (SP)
01	Luiz Carlos Fernandes Reis	Ribeirão Preto (SP)
01	Paschoal Sanchez Conessa	Ribeirão Preto (SP)
01	Paulo Becker	Ribeirão Preto (SP)

01	Pedro A. de Azevedo Marques	Ribeirão Preto (SP)
01	Pedro Daniel Penha Filho	Ribeirão Preto (SP)
01	Pilton Felix Pereira	Ribeirão Preto (SP)
01	Raimundo Sant'Ana	Ribeirão Preto (SP)
01	Renato Pinto Gonçalves	Ribeirão Preto (SP)
01	Shigueo Nakamuro	Ribeirão Preto (SP)
01	Wilson Menegucci	Ribeirão Preto (SP)
02	José Finocchiaro	São Paulo (SP)
02	Samuel Pessoa	São Paulo (SP)
01	Alípio Correa Netto	São Paulo (SP)
01	Arrigo Raia	São Paulo (SP)
01	Danilo Acquaroni	São Paulo (SP)
01	David Rosenberg	São Paulo (SP)
01	Fernando de Camargo Viana	São Paulo (SP)
01	João Augusto de Mello Saraiva	São Paulo (SP)
02	Melchides Cardoso de Oliveira	S. J. do Rio Preto (SP)
01	Helion de Melo e Oliveira	S. J. do Rio Preto (SP)
01	Olendino F. Prados	Belo Horizonte (MG)
01	Jayme A. Barbosa	Belo Horizonte (MG)
01	Milton Oliveira e Sousa	Belo Horizonte (MG)
03	Arnaldo Godoy de Sousa	Uberlândia (MG)
01	Virgílio Mineiro	Uberlândia (MG)
01	E. Velloso Vianna	Uberlândia (MG)
03	Calil Porto	Araguari (MG)
03	Celmo Celeno Porto	Araguari (MG)
01	Adib Jatene	Uberaba (MG)
01	Ruben Jácomo	Uberaba (MG)
01	Ivo Ricci	Cuiabá (MT)
01	José Leite de Figueiredo	Cuiabá (MT)
01	Aluizio Prata	Salvador (BA)
01	Zilton A. Andrade	Salvador (BA)

\*Os médicos Áttila Gomes de Carvalho, Isaac Barreto Ribeiro e José Salum tiveram suas cidades de origem alteradas ao longo da carreira: o primeiro de Chefe da Circunscrição Goiás do Departamento Nacional de Endemias Rurais, em Goiânia, passaria a atuar em Belo Horizonte e o segundo deixou a cidade de Ceres para atuar em Brasília. José Salum se radicaria em Goiânia a partir de 1960, após ser contratado como professor da Faculdade de Medicina de Goiás. Para compor a tabela acima, levamos em conta o primeiro lugar de origem de cada um.

Muitos autores publicaram artigos em coautoria com um ou mais médicos, por isso não se deve contabilizá-los com base na lista acima (a quantidade total de artigos certamente é menor). Além de mostrar os médicos que mais escreviam na revista, a tabela acima dá a conhecer aqueles que mais se interessaram em publicar

artigos no periódico em questão, indicando reconhecimento do mesmo. Como é possível observar, C. Magarinos Torres, Chefe da Divisão de Patologia do Instituto Oswaldo Cruz, Emmanuel Dias, chefe do Centro de Estudos e Profilaxia da Doença de Chagas em Bambuí – célula importante daquela instituição, Geraldo Siffert de Paula e Silva, professor de gastroenterologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, José Lima Pedreira de Freitas, professor do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da FMRP/USP, Samuel Pessoa, Catedrático do Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina da USP, Alípio Correa Netto, Catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da USP, Aluizio Prata, Catedrático de Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia e Zilton Andrade, Patologista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, são alguns dos nomes que merecem destaque dada a posição que ocupavam no cenário científico nacional.

Cada um destes médicos compareceu com pelo menos um artigo na RGM, prestigiando o trabalho levado a cabo pelos goianos. Ao divulgarem suas pesquisas nesta revista, estes personagens de peso no cenário médico-científico nacional conferiam importância à revista goiana e ajudavam a consagrá-la como espaço mais adequado de veiculação de trabalhos relacionados especialmente com as patologias que mais ameaçavam as populações rurais. Cabe ressaltar, no entanto, que não é mera coincidência o fato de todos os artigos publicados pelos pesquisadores citados versarem sobre a mesma temática: a doença de Chagas.

Tema frequente em suas páginas, a RGM se tornaria uma das maiores divulgadoras das pesquisas relacionadas com esta enfermidade em seus mais diversos aspectos. Tal perfil foi percebido por Magarinos Torres que, considerando a RGM uma “esplêndida publicação” que, “em curto prazo, soube se impor no meio médico nacional, pelo valor dos trabalhos e perfeição tipográfica” (RGM/Recebida – remetida por Magarinos Torres em 16/01/1958) observou também que a mesma vinha se conformando como o órgão oficial sobre doença de Chagas (RGM/Recebida - remetida por Magarinos Torres em 1958). De maneira tímida a princípio, aos poucos a revista foi assumindo o posto de principal instrumento de



divulgação das investigações em torno desta patologia que avassalava o interior do país, apesar das críticas a respeito do grande espaço dedicado ao tema em detrimento de outros:

*“(...) Algumas críticas têm sido feitas à natureza e utilidade de alguns trabalhos publicados. Alguns colegas têm dito inclusive que a Revista tem se dedicado principalmente à Doença de Chagas. Não nos cabe a culpa ou mérito algum nisso. Nenhuma colaboração recebida deixou de ser publicada até hoje e, se temos publicado muitos trabalhos sobre Doença de Chagas é porque temos recebido trabalhos sobre este assunto. Aliás, é preciso que se diga, que é justamente o fato de a Revista Goiana de Medicina estar se transformando, por força das circunstâncias, em órgão especializado em Doença de Chagas, é que a projetou em outros países, que a fez procurada em Bibliotecas estrangeiras e que nos proporcionou valiosas permutas com outras revistas médicas que estão vindo enriquecer o patrimônio da AMG. **Foi ainda graças a Doença de Chagas, assunto eminentemente brasileiro e goiano, que a nossa Revista tem sido citada e distinguida por outras revistas de projeção internacional, com citações e resumos de trabalhos aqui publicados (...)**”. (RGM/Expedida em 31/12/1957 – relatório/ grifo meu).*

De fato, os trabalhos sobre doença de Chagas marcaram presença nas páginas da revista goiana desde que ela começou a circular em 1955. Desde então, não houve um número que não contasse com pelo menos um artigo a respeito. Sendo uma doença típica do Brasil Central, causada por um parasito – o *Trypanossoma cruzi* – e transmitida ao homem por meio da picada do barbeiro, os médicos ali atuantes tornaram-se privilegiados pela possibilidade de acompanhar mais de perto o problema e aprofundar o conhecimento sobre a enfermidade. Configurando-se como doença que ameaçava o desenvolvimento do país, tendo em vista que acometia preferencialmente o trabalhador rural adulto, em plena idade produtiva, atraía a atenção de todos os cientistas comprometidos com sua eliminação, quer fossem atuantes no interior ou no litoral. Por conta dela, como será possível constatar, a revista goiana ganhou ampla visibilidade, tornando-se bibliografia de referência para todos os interessados no assunto.

Os trabalhos sobre a doença, que tinham espaço garantido na revista, não por coincidência interessavam também a seu editor. Rezende foi profundo estudioso da enfermidade chagásica e suas pesquisas clínicas o levaram a

conclusões bastante originais a respeito – como se verá na próxima parte deste capítulo. Tendo em vista seu investimento de pesquisa no assunto, organizou números especiais da revista sobre a doença e sua endemicidade a níveis regional (vol.2 (4), 1956), nacional (vol.4 (2), 1958) e internacional (vol.5 (4), 1959). Apesar das críticas a respeito da prevalência de artigos sobre o tema nas páginas da RGM, a partir de 1958 passou a ser um compromisso explícito assumido pela diretoria da publicação a presença de pelo menos um trabalho sobre o tema em cada número do periódico. Em carta endereçada a uma médica de Taubaté esta postura da revista fica bastante clara:

*“(...) A colega não precisa se preocupar com a assinatura pois a Revista é enviada gratuitamente a todos os membros da Associação Médica de Goiás e aos médicos interessados no estudo da Doença de Chagas, pois é **ponto de honra da atual Direção da Revista que todo número tenha pelo menos um trabalho relacionado à D. de Chagas (...)**”.* (RGM/Expedida em 28/01/1958 para Thereza Freire, Taubaté – SP/ grifo nosso).

A predominância da doença de Chagas no índice temático da RGM possui estreita relação com o perfil que a revista foi assumindo ao longo do período aqui estudado, ou seja, o de um periódico mais voltado para as doenças regionais que mais ameaçavam os trabalhadores no Brasil Central – espaços por onde ela mais circulava. Assim, a publicação dos goianos foi se consolidando como um veículo importante para os médicos que lidavam com tais doenças no seu dia-a-dia, fosse em seus ambientes de pesquisa situados nos grandes centros, em institutos ou faculdades, fosse em seus consultórios e clínicas particulares, como acontecia com goianos e mineiros especialmente. Tal como se pode constatar pela tabela abaixo, a tripanossomíase americana conformou mais de 50% do total de artigos publicados e configurou-se como o ‘carro-chefe’ da revista que, segundo Rezende, adquiriu maior relevância ao publicar estudos sobre esta enfermidade. Levando em consideração apenas a seção ‘artigos originais’ tomou-se como parâmetro para organizá-la as doenças abordadas sob qualquer um de seus aspectos: clínico, cirúrgico, epidemiológico, profilático, terapêutico, diagnóstico, etc. Assim temos:

Tabela 4: Principais temas da RGM (1955-1962)\*

<b>Tema</b>	<b>Quantidade</b>
Albinismo	01
Anestesia	02
Asma brônquica	01
Biografia	02
Cirurgia	03
Coração	01
<b>Criptococose</b>	<b>01</b>
Difteria	01
<b>Doença de Chagas</b>	<b>54</b>
Elastorrexia	01
Endemias rurais	01
<b>Esquistossomose mansoni</b>	<b>03</b>
<b>Estrongiloidíase</b>	<b>01</b>
Ferida operatória	01
Fisiopatologia	01
Fístula íleo-vesical	01
Hemoglobinúria	01
Hérnia	01
Ictus laríngeo	01
<b>Malária</b>	<b>01</b>
Megas	04
Ósteo-artrite	01
Osteogenese	01
<b>Pênfigo foliáceo</b>	<b>02</b>
Placenta acreta	01
Proteção materno-infantil	01
Radioterapia	01
Reumatismo	02
Síndrome de Laurence-Moon-Bardet-Biedl	01
Síndrome de Sheehan (insuficiência pluriglandular)	01
Transfusão de sangue	01
Tumores (malignos ou benignos)	07
Úlcera de decúbito	01
Úlceras gástricas	04
Uveítes	01
Vias biliares	02
Xeroderma pigmentoso	01

\*Entre 1955 e 1962 foram publicados 110 artigos. No entanto, os temas acima somam 111 porque um dos artigos versava sobre as realizações da Circunscrição Goiás do DNERu e contemplava a malária e a doença de Chagas - dois temas que eu considere importante registrar separadamente.

Como se pode observar por meio da tabela acima, a doença de Chagas é de longe o tema mais abordado pela revista. O grande número de trabalhos publicados a respeito desta enfermidade confere às doenças parasitárias, comuns no interior do Brasil, posição de destaque no periódico. Além dela, a esquistossomose, a malária, a criptococose e a estrogiloidíase completam este quadro<sup>73</sup>. Como se viu nos capítulos anteriores, malária e esquistossomose representavam dois graves problemas de saúde pública no Estado. Desde o início dos anos 50 o Serviço Nacional da Malária atuava no combate à doença, fosse distribuindo medicamentos ou aplicando DDT para combater os mosquitos. Já a esquistossomose, que aportaria como doença autóctone em Goiás na década de 60, desde muito antes já vitimava os goianos. Um artigo publicado na RGM em 1955 mostra a trajetória da propagação dessa enfermidade no Brasil Central e menciona um inquérito epidemiológico de 1952 no qual já se apontavam casos de esquistossomose na região, inclusive em Goiânia (Silva, 1955). O tema foi abordado em algumas edições dos Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central, inclusive como alerta para o perigo de a doença se propagar no canteiro de obras da nova capital federal – em construção no Planalto Central desde 1956<sup>74</sup>.

---

<sup>73</sup> Por serem menos conhecidas, julgo relevante caracterizar algumas destas doenças. A criptococose é uma doença infecciosa causada por um fungo normalmente encontrado em frutas, cereais, árvores e nas fezes de aves como os pombos, considerados os principais transmissores da doença. Seu sintoma mais grave é a meningite e o tratamento é feito a base de antifúngicos que impedem a progressão da doença. Os seres humanos são geralmente contaminados ao inalarem as fezes dessas aves, resultando em uma infecção respiratória (Cf. <http://www.tuasaude.com/criptococose/> - consultado em 06/08/2012). Já a estrogiloidíase, também conhecida como estrogiloidose, é uma doença parasitária intestinal, frequentemente assintomática, causada por um helminto. As larvas infectantes (filarioides), presentes no meio externo, penetram na pele do homem, chegando aos pulmões, traqueia e epiglote, atingindo o trato digestivo, onde se desenvolve o verme adulto. A migração da larva pode causar manifestações pulmonares, como tosse seca, dispneia e edema pulmonar (Cf. <http://www.infectologia.org.br/publicoleigo/default.asp?siteAcao=mostraPagina&paginaId=9&acaO=guia2&guiaId=46> - consultado em 06/08/2012).

<sup>74</sup> A preocupação com a propagação da doença fica mais evidente a partir da sequência de publicações na RGM no período imediatamente posterior ao recorte temporal fixado para este capítulo.

A maior quantidade de trabalhos dedicados a essas doenças reflete o compromisso dos médicos goianos com as patologias locais. No entanto, é interessante ressaltar a inexistência de artigos sobre a lepra e a tuberculose, por exemplo – problemas que vinham preocupando os goianos e sendo amplamente debatidos nos congressos regionais, como se observou nos capítulos anteriores. Do mesmo modo, a pouca quantidade de trabalhos versando sobre a malária, a esquistossomose e mesmo o pênfigo foliáceo, doença cuja etiologia ainda hoje é desconhecida, salta aos olhos. Algumas destas haviam sido temas de destaque nos eventos médicos regionais e surpreende que não tenham obtido mais espaço no periódico em questão. Isso se deve, certamente, ao peso que as pesquisas envolvendo a doença de Chagas foram adquirindo sobre a rede de conhecimento médico-científico que os médicos goianos vinham construindo desde que fundaram sua associação médica. Tendo em vista que era o interesse nesta enfermidade que vinha garantindo a maior circulação do periódico, estimulando renomados personagens do cenário médico nacional a contemplarem a revista com seus trabalhos, nada mais natural do que continuar fomentando esta rede de intercâmbio com pesquisas e artigos relacionados ao tema.

Conclui-se, portanto, que a grande projeção alcançada pela revista goiana se deveu à doença de Chagas. Em função dela, grande número de instituições científicas, médicos e alunos das faculdades de medicina, no Brasil e no exterior, passaram a demandar a revista. Muitos foram os pedidos tanto pelos números especiais quanto por assinaturas anuais do periódico médico goiano, que assim ia ultrapassando as fronteiras regionais. Nas cartas recebidas pela revista, chama a atenção o interesse pelo tema por parte dos médicos latino-americanos, em especial dos argentinos. A relação entre brasileiros e argentinos no que se refere à tripanossomíase americana vem desde o início do século XX, configurando-se a Argentina como um dos primeiros países a se interessar pelos trabalhos de Carlos Chagas, segundo analisa Simone Kropf (2009)<sup>75</sup>. Nas páginas da revista goiana essa

---

<sup>75</sup> No início do século XX os argentinos constituíram um importante grupo de contestação a uma das principais teses de Carlos Chagas: a relação entre tripanossomíase americana e bócio (considerado o principal sinal clínico da doença até os anos 30). Os questionamentos levantados no país vizinho teriam contribuído para uma reconfiguração dos principais preceitos sobre a doença, que passou então a ser considerada em sua forma essencialmente cardíaca. Alguns anos mais tarde os argentinos voltariam a ficar em evidência a partir da realização da XIX Reunião da Sociedade de

relação se traduziu por meio de três artigos sobre a enfermidade, publicados entre 1959 e 1967 (Romaña, 1959; Montenegro & Dalvit, 1963; Borre et al, 1967).

Como se viu nos gráficos anteriores, a circulação do periódico fora do país também se constituiu como realidade a partir do trabalho realizado pelos diretores da revista que se ocuparam da distribuição internacional de seus exemplares em busca de permuta. A publicação de resumos dos artigos que saíam na RGM no *Tropical Diseases Bulletin* foi uma grande oportunidade de divulgar o periódico no exterior, além de conferir prestígio à revista. Segundo Rezende, isso foi possível dado o interesse que o periódico despertou no professor inglês de medicina tropical Philip Marsden<sup>76</sup>. Embora muitos artigos da revista já saíssem com o resumo em inglês, ele os aperfeiçoava e enviava para publicação em Londres:

*“(...) ele fazia os resumos dos artigos da Revista Goiana e mandava para o Tropical Diseases Bulletin, de Londres. Alguns artigos já saíam com o resumo em inglês, ele melhorava apenas (...) ele fazia os resumos em inglês e mandava para a revista inglesa, que tem uma circulação universal. Então os trabalhos publicados na Revista Goiana de Medicina passaram a ser resumidos no Tropical Diseases Bulletin. Isso foi uma sorte que nós tivemos. Porque a Revista Goiana era uma revista realmente inexpressiva que se iniciou antes da faculdade de medicina, em 55. A faculdade foi fundada em 60. Uma revista sem expressão no país, mas que tinha os seus resumos publicados fora do país (...)” (JMR, 2001, fita 04/lado B).*

O *Tropical Diseases Bulletin* é uma obra de referência onde estão resumidos trabalhos relacionados com as enfermidades tropicais publicados em diversos países do mundo. É um dos mais antigos na linha das obras de referência. Começou a circular em 1912, em um contexto em que havia ampla necessidade de se disseminar informações sobre as doenças que grassavam nas colônias britânicas.

---

Patologia Regional Argentina em homenagem a Carlos Chagas. Por ocasião daquele evento, o médico argentino Cecílio Romaña se destacaria ao descrever um novo sinal clínico da tripanossomíase, de fácil identificação por parte dos médicos, qual seja, o ‘sinal de Romaña’. Para maiores detalhes Cf. Kropf, 2009.

<sup>76</sup> Philip Davis Marsden nasceu em 07 de janeiro de 1933, em Londres, onde, em 1956, diplomou-se em Medicina. Posteriormente, trabalhou no Hospital de Doenças Tropicais onde obteve o Diploma de Medicina Tropical e Higiene na London School of Tropical Medicine and Hygiene, e também fez pós-graduação em Parasitologia e Entomologia aplicadas. Seu contato mais estreito com o Brasil iniciou-se na década de 60, quando começou a trabalhar na Bahia, em um programa de colaboração entre a Fundação Gonçalo Muniz e a Escola de Medicina Tropical de Londres. Mais tarde receberia convite para permanecer definitivamente em Brasília (Cf. Prata, 1997).

Nasceu da decisão dos governos da Grã-Bretanha e do Sudão de financiar um escritório, ao qual foi dado o nome de Escritório de Higiene e Doenças Tropicais, situado em Londres, que ficaria encarregado de coletar e publicar informações relevantes sobre tais doenças. A supervisão geral deste escritório coube a um comitê do qual faziam parte cientistas como Patrick Manson e Ronald Ross<sup>77</sup>. Inicialmente instalado nas salas da Royal Society, mais tarde este escritório ocuparia o prédio da London School of Hygiene and Tropical Medicine – instituição de grande prestígio fundada por Manson. Sua política inicial era selecionar, a partir da literatura mundial, aqueles artigos que valiam a pena ser resumidos e convidar cientistas importantes para revisá-los criticamente. Além destes resumos, o periódico publicou também análises a partir da leitura de artigos previamente selecionados (Wilcocks, 1972; Six Decades of Service, 1972). Entre os trabalhos da revista goiana que foram resumidos nesta obra de referência estão aqueles referentes à doença de Chagas e ao pênfigo foliáceo (anexo 16).

Vale a pena ressaltar que o momento em que esta obra surge está marcado pela ideia da medicina tropical enquanto especialidade médica que se constituiu como fruto de um tempo e um lugar específicos, delineada segundo perspectiva médica metropolitana e concebida no bojo da ideologia imperialista (Worboys, 1997). Teria surgido com as descobertas de Patrick Manson e a fundação das primeiras escolas de medicina tropical por ele influenciadas. Neste contexto, as doenças tropicais eram concebidas como um grupo de enfermidades consideradas apanágio exclusivo das colônias localizadas nos trópicos e causadas quase exclusivamente por parasitos. Sem problematizar a própria ideia de ‘medicina tropical’, a historiografia tendeu a exaltar seus avanços (descobertas de novos agentes patógenos, a identificação de vetores, elaboração de novas profilaxias, etc.) a partir de meados do século XIX, sem considerar os aspectos sociopolíticos que estavam ali implicados. Atualmente, no entanto, os estudos históricos das ciências

---

<sup>77</sup> Patrick Manson e Ronald Ross são considerados pela historiografia como dois personagens importantes no processo de institucionalização da medicina tropical no século XIX. Manson se destacou por desvendar quase completamente o ciclo do parasito que causava a filariose – contribuição decisiva à confirmação do papel dos insetos como transmissores de algumas moléstias tropicais. A teoria do inseto-vetor, como ficou conhecida, lançou as bases para que Ronald Ross chegasse ao modo de transmissão da malária, consagrando-se por comprovar a hipótese de que o parasito da doença passava parte de seu ciclo de vida no mosquito (Cf. Worboys, 1997; Farley, 1991; Arnold, 1996).

e da saúde vêm se debruçando de forma mais crítica sobre este tema, buscando demarcar bem as origens deste novo campo e as circunstâncias de seu surgimento (Arnold, 1996; Farley, 1991, Edler, 2012). Este esclarecimento se faz importante tendo em vista as doenças parasitárias que estão sendo aqui abordadas, consideradas tropicais.

A consciência da abrangência da revista goiana levou seus diretores a pedirem sua inclusão, já em 1956, em indexadores internacionais de grande peso como o *Quarterly Cumulative Index Medicus*, editado pela American Medical Association, e o *Current List of Medical Literature*, editado pela National Library of Medicine. Para tanto, enviaram uma coleção completa da revista para as instituições que editavam os respectivos indexadores na expectativa de que a revista passasse a integrá-los:

*“(...) Our magazine is published triestrially, and is distributed to the principal Libraries and Universities in the world. It is the official publication of the Medical Association of the State of Goiás, Brasil, and it publishes original articles and works on Clinics, Surgery, Peventive Medicine and Medical Specialities (...)”.* (RGM/Expedida em 26/11/1956 para Quarterly Cumulative Index Medicus - American Medical Association/Chicago, Illinois - USA).

Apesar da insistência dos goianos, a indexação não aconteceu e em 1961 eles voltaram a demonstrar interesse na inclusão da RGM no *Index Medicus*, então sob a responsabilidade editorial da National Library of Medicine<sup>78</sup>:

*“(...) With reference to your letter NLM-S 10th instant, we wish to let you know that since the first publication, in 1955, of our quaterly journal REVISTA GOIANA DE MEDICINA, we have been supplying you, directly & free from charges, with all our issues in order of their respective appearance & we will continue to do so. We regret the fact that some were mislaid on the way & never reached you. On account of unavoidable circumstances the last two issues of 1960 will only appear this year, at a date not yet decided. As we wish to have our journal listed in the INDEX MEDICUS, we should be grateful if you would let us know what are*

---

<sup>78</sup> Vale registrar que este indexador nada tinha a ver com o *Index Medicus* que havia sido editado entre o final do século XIX e início do XX. A nova série, iniciada em 1960, foi fruto de um acordo entre a National Library of Medicine e a American Medical Association a partir do qual esta última teria ficado encarregada de editar os volumes anuais daquele índice, no caso, o *Cumulated Index Medicus* (Cumulated Index Medicus, 1960).



*the formalities required for this purpose (...)*” (RGM/ Expedida em 19/01/1961 para National Library of Medicine/Washington D.C. – USA).

Este novo pedido dos goianos parece ter surtido algum efeito. Pesquisas nos números disponíveis deste índice entre os anos de 1961 e 1963 mostram que, embora a revista goiana não tenha sido totalmente indexada, alguns de seus artigos foram. Por isso ela aparece no índice de periódicos da referida obra de referência identificada com um asterisco, o que simbolizava sua indexação parcial.

Segundo Martins (2003) entre os papéis de um editor científico está a promoção da máxima difusão do periódico. Para atender a esta exigência, o editor precisaria se empenhar em ampliar a rede de assinantes da revista e trabalhar para que seu periódico fosse incluído e mantido em bases de dados e indexadores, garantindo assim uma visibilidade maior para o mesmo entre os membros da comunidade científica. Para isso, algumas exigências deveriam ser atendidas relacionadas à qualidade editorial, apresentação e o caráter internacional dos autores. A regularidade da publicação também seria critério elementar no processo de avaliação – algo que a RGM não vinha conseguindo manter, como se viu páginas atrás.

Iniciada na segunda metade do século XIX, a indexação da literatura científica teria surgido em decorrência da crescente produção acadêmica. De acordo com Martins, os cientistas passaram a demandar instrumentos que os mantivessem atualizados com relação à literatura produzida na sua especialidade – algo cada vez mais difícil dado o crescente volume de publicações. À semelhança do que acontecia com plantas e animais, a bibliografia existente passou a ser catalogada, produzindo-se a partir daí boletins com referência a autores, títulos e com resumos dos trabalhos (Martins, 2003: 47). Assim teriam surgido os primeiros índices ou abstracts, com resumos de artigos publicados em periódicos.

Assumindo um papel preponderante na disseminação de informações científicas na sociedade contemporânea, aos poucos estes indexadores teriam incorporado novas atribuições e atualmente funcionariam, segundo Martins, como verdadeiras “grifes”, valorizando os periódicos selecionados para integrar suas

coleções (Martins, 2003: 49). Este novo sentido adquirido pelos índices talvez tenha motivado os goianos a requererem a inclusão de seu periódico em tão renomados instrumentos de difusão da produção acadêmica. No âmbito da saúde e da medicina o *Index Medicus*, criado em 1879 pela National Library of Medicine, de Washington D.C, tinha ampla projeção<sup>79</sup>.

O prestígio internacional da RGM também pode ser aferido pelo interesse de médicos provenientes de outros países em nela publicar. Envolvidos com as pesquisas em torno do mal de Chagas, Cecílio Romaña (Argentina), Amador Neghme (Chile), Juan José Osimani (Uruguai), Rodrigo Zeledón (Costa Rica), Aristides Herrer (Peru) e Luiz Mazzotti (México) foram alguns dos que aceitaram o convite para escrever artigos para um número comemorativo do periódico goiano em homenagem aos 50 anos da descoberta da doença de Chagas. O aceite destes médicos para publicar na RGM reforça a importância adquirida por este veículo de divulgação em espaços de pesquisa fora do Brasil. No caso de Neghme, por exemplo, o prestígio conferido à revista goiana foi tamanho que no lugar de preparar um trabalho para o número especial ele decidiu publicar, em primeira mão, um dos capítulos de um livro seu que ainda estava no prelo (RGM/ Expedida em 27/05/1959). A seguir, trechos das respostas de alguns destes médicos após receberem o convite da revista goiana atestam a credibilidade da mesma:

*“(...) Desde luego que no solamente acepto complacido dicha tarea sino que me siento honrado en haber sido elegido por la prestigiosa revista que vd. dirige para aportar la información sobre el estado actual del problema en el Uruguay (...)”.* (RGM/ Recebida – remetida em 11/02/1959 por Juan Jose Osimani).

*“(...) Acuso recibo de su nota del 7 de Enero, en la cual me honra con el pedido de un artículo para la bien acreditada revista médica que dirige, referente a la “Enfermedad de Chagas en la Argentina” (...)”.* (RGM/ Recebida – remetida em 06/03/1959 por Cecilio Romaña).

*“(...) en primer lugar debo manifestarle mis sinceros deseos por que alcance el mayor de los éxitos la celebración del cincuentenario del descubrimiento de la enfermedad de Chagas, a la que ha de contribuir notablemente la revista que usted dirige tan dignamente. Luego, agradezco la distinción que me confiere al*

---

<sup>79</sup> Atualmente, uma de suas bases bibliográficas eletrônicas, o Medline, é a mais utilizada em todo o mundo por profissionais das áreas de saúde e medicina, contabilizando cerca de um milhão de acessos diários a seus dados (Martins, 2003).

*eligirme para escribir lo concerniente a la enfermedad de Chagas en el Perú, honrosa solicitud que de ninguna manera podría eludir (...)”* (RGM/Recebida – remetida em 11/02/1959 por Aristides Herrer)

Instituições e médicos, no Brasil e no exterior, também buscavam a revista goiana para divulgar cursos, jornadas, congressos e concursos, o que demonstra reconhecimento em torno de sua distribuição e circulação. É o caso, por exemplo, de um concurso que seria levado a cabo pelo Departamento de Proctologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, a respeito do qual o redator responsável pelo Brasil-Médico pede divulgação: “interessados em dar uma divulgação ampla ao referido concurso, vimos solicitar aos prezados confrades, a publicação desse programa nas colunas desse importante periódico” (RGM/Recebida – remetida em 28/05/1958 por Pinto da Rocha). O mesmo acontecendo com instituições do exterior, como por exemplo, a divulgação do curso intensivo de angiologia solicitada pelo médico Tomás Alonso do Departamento de Angiologia do Instituto Policlínico de Barcelona (RGM/Recebida – remetida em 30/10/1958 por Tomás Alonso).

Os Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central (CMTMBC), abordados mais detidamente no capítulo anterior, também tiveram publicidade garantida nas páginas da revista goiana. Desde seu primeiro número, a revista buscou não apenas divulgá-los, mas também veicular a maioria das comunicações que eram realizadas no âmbito daqueles eventos. Muitos trabalhos publicados na seção ‘artigos originais’ foram fruto de comunicações em mesas redondas destes congressos. O reconhecimento da RGM como veículo responsável pela maior projeção destes encontros regionais viria em 1959, quando a revista foi alçada a órgão oficial dos mesmos. Foi através de uma carta remetida pelos organizadores do X CMTMBC, na qual enviavam a programação do referido congresso para ser divulgada, que os goianos tomaram conhecimento da decisão:

*“(...) Achamos de bom alvitre que a divulgação deste programa seja feita pela imprensa leiga e especializada, havendo sido já expedidas providências neste sentido junto a jornais do Rio, São Paulo, Belo Horizonte e Triângulo Mineiro. E como é de seu conhecimento **a deliberação da Comissão Coordenadora, tomada em reuniões realizadas em São Paulo e Araxá, que escolheu a***

***Revista Goiana de Medicina, como Órgão Oficial dos Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central, pedimos vênia para solicitar seja a atual programação inserida nas colunas da apreciável Revista. Outras notícias sobre o Congresso, que o prezado colega julgue conveniente publicar, que deixamos ao seu critério trará para o Conclave uma melhor e mais eficiente divulgação(...)***. (RGM/Recebida – remetida em 06/06/1959 por Mario de Castro Magalhães (Presidente) e Armando Zema (Secretário)/ grifo meu).

Órgão oficial da Associação Médica de Goiás desde o início de sua circulação, e dos congressos médicos do Brasil Central a partir de 1959, a *Revista Goiana de Medicina* tornar-se-ia também, no decorrer dos anos 60, órgão oficial da Faculdade de Medicina de Goiás. Criada em 1960, a faculdade foi um objetivo almejado pelos goianos desde a fundação de sua associação médica. Tal objetivo motivou a própria criação da revista e se manteve como assunto palpitante seja em seus editoriais, no noticiário ou nas seções esporádicas. A concretização deste sonho contou com a vontade dos goianos e com um contexto favorável que envolveu medicina e política, como será possível ver no último capítulo.

Mais do que um elo entre os médicos do Brasil Central, a *Revista Goiana de Medicina* simbolizou um canal mais amplo de divulgação para as atividades e pesquisas desenvolvidas pelos médicos da região. Funcionou como uma legítima ferramenta de ampliação da audiência para o trabalho que empreendiam localmente e para os problemas que acometiam a população do interior. O aumento progressivo de sua distribuição e circulação interferiram diretamente, e positivamente, sobre o processo de consolidação da comunidade médica goiana, aumentando a visibilidade do grupo e chamando a atenção para a especificidade de sua atuação. Aos poucos a RGM conseguiu se estabilizar como revista científica de peso para os interessados nas patologias regionais, com destaque para a doença de Chagas. Kropf (2009) assinalou a importância das pesquisas em torno desta doença para a afirmação sócio-profissional dos médicos do interior – algo que a aproximação com as fontes vem confirmando. Na próxima seção deste capítulo essa constatação ganhará mais peso em função das pesquisas desenvolvidas pelos médicos goianos acerca da etiologia chagásica do megaesôfago – uma forma da

doença que ainda não havia sido comprovada e que geraria amplo debate científico.

### **3.2 TRAJETÓRIAS INTERCRUZADAS: O EDITOR E SEU PERIÓDICO**

“A História da Medicina aqui do Planalto Central é a Revista Goiana de Medicina. Foi uma obra pioneira, né? De um homem dinâmico como o Joffre (...). Eu, por exemplo, como que eu ia publicar um trabalho? Ninguém me conhecia. E o Joffre não, o Joffre não tinha problema com ele. Ele era aberto. A Revista era aberta para qualquer pessoa né? Eu mesmo me projetei na medicina só por causa dele. Tudo através do esforço dele. Sabia dar valor a um médico do interior”.

(IBR, 2006, fita 02/lado A).

Configurando-se como objetivo da Associação Médica de Goiás desde a sua fundação em 1950, como se viu, o projeto da criação de uma revista vinculada à entidade só se concretizou com a chegada a Goiânia de seu futuro editor Joffre Marcondes de Rezende no ano de 1954 (LR, 2006, fita 03/lado B). Embora a ideia de um periódico já estivesse sendo gestada no seio de um grupo maior de médicos reunidos em torno de sua associação desde seus primórdios, pode-se afirmar que Rezende foi o personagem fundamental na transformação do projeto em realidade. Natural de Piumhi, cidade localizada no interior de Minas Gerais onde nasceu em 19 de maio de 1921, Rezende só chegaria a Goiânia em meados da década de 50. A falta de um ginásio em sua cidade natal fez com que ele ingressasse em uma Escola Normal após o término do primário. Aos 16 anos, antes de terminar o curso, decidiu sair de Piumhi para concluir seus estudos em Belo Horizonte. No entanto, uma oportunidade de trabalho em um banco da capital mineira seria a ponte que o levaria até o Rio de Janeiro, onde seguiria conciliando o trabalho com os estudos secundários até o ingresso na Faculdade Nacional de Medicina.

A carreira médica, segundo Rezende, era uma ideia fixa desde a infância, fruto do encantamento com que observava a postura e dedicação dos médicos que recebia em sua casa. Uma vez na faculdade, teve contato com catedráticos de

renome como Álvaro Osório de Almeida (professor catedrático de fisiologia teórica e experimental), Olímpio da Fonseca (professor catedrático de parasitologia) e Carlos Chagas Filho (professor catedrático de biofísica)<sup>80</sup>. Durante a faculdade, trabalhou como médico interno do Hospital Moncorvo Filho e na Maternidade Escola. Vivenciou, no período final de sua formação nos anos 50, o momento de otimismo que tomava conta da ciência após o término da II Guerra Mundial. Entrou em contato com os novos medicamentos e aparelhos que chegavam para renovar a medicina, o que, segundo ele, trazia um clima geral de avanço e progresso. Depois de formado, trabalhou no Pronto-Socorro do Hospital Souza Aguiar, no Rio de Janeiro, ao mesmo tempo em que fazia um curso particular de cirurgia geral para se aperfeiçoar e chegar com mais experiência até as regiões interioranas do país – desejo que sempre o motivou e que se concretizaria após o término deste curso (JMR, 2001, fita 01/lado A).

Antes de chegar a Goiânia, Rezende atuou por dois anos na cidade de Bela Vista, em Mato Grosso, na divisa do Brasil com o Paraguai. Influenciado por seu cunhado, o médico pneumologista Jorge Guanaes Dourado, que havia sido chamado para trabalhar em um sanatório na capital de Goiás, e por Francisco Ludovico de Almeida Neto<sup>81</sup>, um ex-colega de faculdade que lá atuava, Rezende deixou Bela Vista pra trás e decidiu se estabelecer em Goiânia. Antes disso, porém, voltou ao Rio de Janeiro para se especializar em gastroenterologia, área que já era de seu interesse. Chegou à cidade goiana como primeiro médico nesta especialidade e com a intenção de montar consultório particular. Após filiar-se à associação médica local, que segundo ele, era o “centro cultural” da cidade (JMR, fita 02/lado A), Rezende conta que começou a participar ativamente das reuniões daquela entidade, no seio das quais teria surgido a ideia da criação de um periódico médico:

*“(…) Lá [na Associação Médica de Goiás] se faziam sessões, reuniões e já se cogitava a criação da nova faculdade de medicina. Numa dessas sessões da*

---

<sup>80</sup> Os contatos entre Rezende e Chagas Filho se estreitariam em função do interesse do médico goiano pela doença de Chagas, o que será possível perceber ainda neste capítulo.

<sup>81</sup> Em função de sua ligação com o projeto de fundação da Faculdade de Medicina de Goiás, a trajetória deste médico será abordada no último capítulo.

*Associação Médica houve uma proposta de se fundar uma revista médica em Goiás, que serviria para melhorar o padrão médico e preparar o terreno para a fundação da nova faculdade (...)*. (JMR, 2001, fita 02/lado A).

Assim, Rezende se envolveu com o projeto de criação da revista, que começaria a circular no terceiro trimestre de 1955. Vale registrar que antes de atuar à frente da *Revista Goiana de Medicina* o médico em questão já tinha adquirido certa experiência com periódicos, inclusive no que se refere à elaboração de um projeto editorial. Enquanto aluno, havia escrito para o jornal da faculdade e publicado em revistas médicas como *O Hospital* e *Arquivos Brasileiros de Medicina* além de participar da confecção da revista *Arquivos de Clínica*, do Hospital Moncorvo Filho (RJ), na qual teve a função de uma espécie de editor, revendo as referências bibliográficas e consultando trabalhos originais. A atividade desenvolvida na Maternidade Escola (RJ) lhe rendeu a publicação de uma pesquisa sobre uma síndrome durante a gravidez, pela qual teria sido inclusive premiado (JMR, 2001, fita 01/lados A e B)<sup>82</sup>. Trabalhou por 35 anos como editor da revista goiana, revendo todos os artigos que seriam nela publicados:

*“(...) Eu não tinha um revisor. A minha formação em português era relativamente satisfatória e muitos artigos vinham em manuscritos. Com muitos erros de ortografia, erros de concordância, impropriedade de palavras. E eu comecei a corrigir, eu mesmo a corrigir os artigos da revista (...)”* (JMR, 2001, fita 06/ lado A).

Dados de 1951 informam que neste ano atuavam em Goiás cerca de 200 médicos, sendo que 69 deles em Goiânia e 21 deles em Anápolis. Em 28 dos 77 municípios goianos existentes não havia médico algum. O pronunciamento do Secretário de Saúde do Estado José Peixoto da Silveira no X Congresso Brasileiro de Higiene em 1953 reforçando estas estatísticas (Silveira, 1981: 29-35) sugere que a situação em Goiânia não deveria ser muito diferente quando da chegada de Rezende à cidade um ano depois. No que se refere às instituições de saúde

---

<sup>82</sup> O trabalho premiado foi publicado nos *Arquivos Brasileiros de Medicina* e se intitula “Pressão arterial e pulso no final da gestação. Hipotensão clinostática e colapso vasomotor condicionados pelo decúbito dorsal” (Rezende, 1950).

existentes em Goiânia, além do sanatório para tuberculosos em que atuaria o cunhado de Rezende, podemos citar a Santa Casa de Misericórdia (que em 1954 possuía um corpo médico composto por 31 profissionais) e alguns poucos hospitais e clínicas privados, como por exemplo, a Casa de Saúde Dr. Rassi e os hospitais Santa Luíza e São Lucas, como se viu no primeiro capítulo.

Uma vez em Goiânia, Rezende atuou em sua clínica particular inicialmente sozinho e logo depois em associação com Edvar Santana, que viria a ser o segundo gastroenterologista na cidade. Lecionou na Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo de Goiânia (entre 1954-1955 e 1956-1965) e trabalhou como médico da Divisão Técnica da Secretaria de Saúde (entre 1955 e 1962). Durante sete anos trabalhou como médico convidado na Santa Casa de Misericórdia, onde possuía um serviço de dilatação do esôfago e fazia o atendimento gratuito à população carente. Durante o período em que atuou na Santa Casa, ficou impressionado com o elevado número de pessoas que buscava seu serviço por conta do ‘mal do engasgo’. O grande volume de pacientes que atendia, inclusive em seu consultório, acometidos por esta doença, o levou a conclusão de que se tratava de uma endemia.

A experiência adquirida por Rezende em função do atendimento diário a pacientes que sofriam com o problema do ‘mal de engasgo’ o despertaria para as pesquisas clínicas em doença de Chagas. Tais pesquisas o levariam a uma inédita associação entre a afecção, conhecida também como ‘megaesôfago’, e a infecção pelo *Trypanossoma cruzi*, chegando a uma das formas possíveis de manifestação da enfermidade chagásica que ele denominaria mais tarde de ‘forma digestiva’. Em conjunto com outros médicos do interior que, como se viu no capítulo anterior, já vinham apresentando trabalhos mostrando a elevada quantidade de doentes de ‘mal de engasgo’ atendidos em seus consultórios, Rezende se destacaria internacionalmente por esta associação, antecipada por ele desde 1956, mas totalmente aceita somente alguns anos depois (Rezende, 2009). Dada a relevância que essa questão assume no cenário médico-científico nacional, e a quantidade de personagens nela envolvidos, decidi que era mais adequado abordá-la em uma seção separada para melhor observar suas nuances. Ao fazer isso, no entanto, não



perco de vista a trajetória intelectual de Rezende – feito, aliás, impossível na medida em que este personagem me conduzirá ao longo de todo o percurso.

### **3.2.1 Os clínicos do interior e uma nova etiologia para o ‘mal de engasgo’**

A acalásia, ou ‘mal de engasgo’ e ‘entalção’ como são popularmente conhecidos, é uma doença de caráter endêmico que acomete populações rurais de algumas regiões geográficas do Brasil e se caracteriza pela dificuldade de deglutir alimentos. Desde o final do século XIX o interesse por esta doença levou a pesquisas em torno de sua etiologia e outros nomes foram sugeridos para a enfermidade<sup>83</sup> (Etzel, 1999; Rezende, 1998, 2001, 2009; Dias, 2001). Teria sido o próprio Carlos Chagas o primeiro a manifestar a possibilidade da etiologia chagásica do ‘mal de engasgo’ em trabalho em que discorre sobre a forma aguda da tripanossomíase (Chagas, 1916). Tal possibilidade havia sido por ele aventada após tomar conhecimento do relatório da viagem dos médicos Arthur Neiva e Belisário Penna ao Brasil Central em 1912 (Neiva & Penna, 1999). Neste relatório, o ‘mal de engasgo’ foi descrito como um problema que acometia grande parte da população do interior do país, ‘coincidentemente’ habitantes das zonas em que grassava o mal de Chagas. Embora fornecendo subsídios para que Chagas desconfiasse dos vínculos entre as doenças, nenhuma suspeita neste sentido foi levantada por aqueles dois médicos.

Em texto no qual traça um histórico sobre o reconhecimento da etiologia chagásica do ‘mal de engasgo’, publicado mais recentemente, Rezende afirma que tal possibilidade nunca teria sido inteiramente afastada. Porém, desde que Chagas se manifestou a respeito no início do século XX, a ideia teria passado por um longo período de hibernação enquanto se discutiam outras prováveis causas, só sendo retomada nos anos 40. Entre as razões para a resistência na aceitação dos vínculos

---

<sup>83</sup> Cabe ressaltar que minha intenção nesta seção não será fazer uma análise profunda sobre o problema do ‘mal de engasgo’ na literatura médica, mas apenas fornecer alguns subsídios importantes para que seja possível compreender o cenário em que se desenrolavam os debates científicos quando os médicos do interior nele tomaram parte de modo mais incisivo.

entre as duas enfermidades estava o fato de o referido mal também ser encontrado em locais onde a doença de Chagas não existia e o medo de que se reprisasse o episódio do bócio em que, equivocadamente, se afirmou pela existência de uma forma endócrina da doença de Chagas<sup>84</sup>. Nos anos 30 Eduardo Etzel, médico paulista, desenvolveu a teoria de que o ‘mal de engasgo’ ou ‘megaesôfago’, tal como começou a ser chamado, seria fruto da avitaminose B1 (Etzel, 1999) – teoria bem recebida nos meios acadêmicos, mas que, segundo Rezende, teria desviado a atenção do mal de Chagas e retardado o reconhecimento do vínculo etiológico entre as duas doenças (Rezende, 1956: 310; 1998: 11).

A partir do final dos anos 40 a teoria de Etzel passou a ser questionada de forma mais veemente, principalmente pelos médicos que atuavam no interior do país, nas regiões onde aquela enfermidade grassava endemicamente. Os Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central, sobre os quais me detive com mais vagar no capítulo anterior, constituíram-se no principal canal de expressão destes médicos e palco onde se desenrolaram os debates entre aqueles favoráveis à etiologia chagásica do megaesôfago endêmico – em sua maioria médicos que atuavam em Goiás, no Triângulo Mineiro e em Ribeirão Preto – e os que se mostravam resistentes, provenientes do Rio de Janeiro e de São Paulo. Alegando principalmente superposição de áreas endêmicas e falta de comprovação anatomopatológica, insistiam estes médicos na hipótese da avitaminose (Rezende, 1998, 2001, 2009; Prata, 1999; Kropf & Rassi, 2009).

Em histórico traçado sobre o assunto por Calil Porto e Celmo Celeno Porto, atuantes em Araguari (Triângulo Mineiro), percebe-se com clareza como caminharam os debates sobre o tema do megaesôfago desde o primeiro destes congressos em 1947 (Porto & Porto, 1970). Foi em uma de suas edições que Rezende apresentou trabalho pelo qual ganharia reconhecimento ao confirmar a etiologia chagásica do megaesôfago. Considerado “emblema da contribuição científica dos chamados médicos do interior para os conhecimentos sobre a doença

---

<sup>84</sup> Antes de ser reconhecida como uma doença essencialmente cardíaca acreditou-se que a doença de Chagas também apresentaria distúrbios endócrinos, cuja manifestação mais expressiva seria o bócio. Mais tarde comprovou-se que não havia relação entre as enfermidades, apenas coincidência das áreas em que se manifestavam (Cf. Kropf, 2009).

de Chagas” (Kropf & Rassi, 2009: 470), o trabalho “Megaesôfago por doença de Chagas” (Rezende, 1956) 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 (Carvalho et al., 2009). Este aspecto merece ser ressaltado tendo em vista que representa o reconhecimento de grandes instituições científicas, sediadas nos centros de ciência do país, ao trabalho desenvolvido pelos médicos do Brasil Central.

Antes de Rezende, no entanto, alguns médicos já vinham se destacando pelas pesquisas clínicas que davam respaldo à associação entre mal de engasgo e a tripanossomíase, aventada por Chagas desde 1916. Como forma de contextualizar o próprio trabalho de Rezende, aspecto importante de sua trajetória, julgo importante analisar pelo menos dois destes trabalhos.

O primeiro deles foi apresentado na segunda edição do Congresso Médico do Triângulo Mineiro, realizado em Uberlândia em 1948. Na ocasião, Virgílio Mineiro, médico daquela cidade, apresentou trabalho intitulado “Contribuição à etiologia do megaesôfago”, que seria publicado na revista goiana somente dez anos depois seguido da seguinte nota por parte da redação: “os médicos do Triângulo Mineiro formaram sempre uma valorosa resistência na defesa das ideias de Carlos Chagas” (Mineiro, 1958: 29). Com base exclusivamente em pesquisa clínica e com uma estatística que contava mais de 1500 pacientes, o autor concluiu que o megaesôfago nada teria a ver com carência nutricional, numa referência clara à teoria da avitaminose de Etzel, deixando no ar a relação com a tripanossomíase:

*“(...) Todo esse raciocínio nos leva a dedução de que o megaesôfago não é uma doença autônoma e sim um efeito ou consequência de outra ou outras doenças, consequência esta que poderá surgir ou não, dependendo de fatores ainda desconhecidos. E, baseado neste raciocínio, tendemos a admitir ser o megaesôfago uma consequência de doença parasitária e, dentre todas elas, a mais provável, é a tripanossomíase americana (...)”* (Mineiro, 1958: 33).

O trabalho de Calil Porto, apresentado em caráter de nota prévia por ocasião do VII Congresso Médico do Triângulo Mineiro e Brasil Central (CMTMBC), realizado em julho de 1955 em Uberlândia, confirma aspecto ressaltado

anteriormente de que os médicos mineiros conformaram uma forte resistência em defesa das ideias de Carlos Chagas, em especial no que se refere ao problema do megaesôfago. Em seu trabalho “Gastropatia Chagásica Crônica”, posteriormente publicado no primeiro número da *Revista Goiana de Medicina*, assim se manifestava:

*“(...) A doença de Chagas vem nos oferecendo ângulos novos e atraentes para inquéritos e investigações. As observações clínicas que repontam de vários cantos do País (e fora dele), espraiando-se em literatura bem fundamentada, focalizam a doença sob aspectos os mais diversos e todos muito interessantes. Muitas vezes, nós que exercemos a profissão em ambiente rico desta tripanossomíase, assumimos frente a certas condições mórbidas atitudes que não parecem se apoiar em bases científicas incontroversas. É para uma destas derivações do espírito clínico que desejamos despertar as atenções do meio científico no sentido de orientarem estudos de certa forma da doença que poderão individualizar um capítulo diferente no conteúdo desta parasitose. Se estamos sendo conduzidos por excesso de imaginação, ajudai-nos o Prof. Berardinelli nesta rápida passagem: “O ponto de vista é do clínico que observa fatos que se repetem e procura chamar para eles a atenção de outros observadores e sugerir um interessante campo de pesquisa aos experimentadores (...)” (Porto, 1955: 43).*

Assim como Mineiro, Porto também se pautou na pesquisa clínica e a partir da observação de 23 doentes com reação Machado-Guerreiro positiva<sup>85</sup> e distúrbios gástricos evidentes, sugeriu a existência da gastropatia chagásica, tendo em vista que não reconheceu a existência de qualquer outra etiologia para os problemas encontrados. Por ocasião da apresentação deste trabalho no âmbito do congresso, Rezende e Isaac Barreto Ribeiro já opinaram pela existência de uma forma digestiva da doença de Chagas (Porto & Porto, 1970: 129).

Embora tivesse iniciado suas investigações em torno da relação entre ‘mal de engasgo’ e doença de Chagas quando de sua chegada a Goiânia, em 1954, Rezende conta que durante a faculdade já tinha ouvido falar sobre o assunto e chegara a ver dois casos de pacientes que apresentavam o referido sintoma. No entanto, apesar de ter realizado pesquisas clínicas na época em que era estudante

---

<sup>85</sup> Como se explicou no capítulo anterior, este era um exame útil para a averiguação das formas crônicas da doença de Chagas. Embora não identificasse diretamente o parasito, permitia ver seus rastros imunológicos, evidenciando a infecção pelo *Trypanosoma cruzi* (Kropf, 2009).

do Hospital Moncorvo Filho, como parte das atividades propostas por esta instituição, somente em Goiás teria despertado para a doença. No seu dia-a-dia em Goiânia, tanto na Santa Casa quanto em sua clínica particular, Rezende acumulava cada vez mais casos de pacientes que apresentavam a doença de Chagas e que também desenvolviam o megaesôfago. Atento a esta ‘aparente coincidência’, trabalhou em conjunto com o cardiologista goiano Anis Rassi<sup>86</sup>, médico que havia se especializado em instituições do Rio de Janeiro e São Paulo e que também estava interessado na enfermidade chagásica tendo em vista ser esta uma doença essencialmente cardíaca.

Segundo relatam em seus depoimentos, este trabalho conjunto se iniciou em 1956 e se dava da seguinte forma: todo caso de ‘mal de engasgo’ atendido por Rezende era encaminhado a Rassi para que fosse feito o eletrocardiograma para se constatar a existência ou não de afecção cardíaca; em contrapartida, todo caso de cardiopatia era encaminhado a Rezende para que se realizasse radiografia do esôfago e se fizesse a dilatação do órgão<sup>87</sup> (JMR, 2001, fita 03/lado A; Anis Rassi, 2001, fita 03/lado B<sup>88</sup>). O sangue dos pacientes era coletado e encaminhado para realização do diagnóstico sorológico da doença de Chagas, na ocasião a reação de Machado-Guerreiro. Tendo em vista que em Goiânia só havia um laboratório particular, inviável para pacientes sem recursos, Rassi encaminhava via aérea o material para os laboratórios das faculdades de medicina de São Paulo ou Ribeirão Preto, com os quais obtinham colaboração<sup>89</sup>.

Durante 18 meses, entre janeiro de 1955 e junho de 1956, 170 pacientes foram acompanhados, 40 dos quais observados pelos médicos do Hospital Rassi. A

---

<sup>86</sup> Anis Rassi era irmão de Luiz Rassi, cuja trajetória foi abordada no capítulo anterior. Em 1954, depois de se formar na Faculdade Nacional de Medicina, especializou-se em cardiologia na Policlínica Geral do Rio de Janeiro e, em São Paulo, fez estágios na Faculdade de Medicina da USP, no Instituto de Cardiologia Sabbado D’Ângelo e no Instituto de Cardiologia. Instalou-se definitivamente em Goiânia a partir de 1955 (AR, 2001).

<sup>87</sup> Por meio desta técnica, dilata-se o esfíncter e o doente engole por gravidade, mas não recupera a coordenação (Rezende, 2001, fita 03/lado A).

<sup>88</sup> Daqui por diante me refiro a este depoimento como AR, ano, fita/lado.

<sup>89</sup> Anis Rassi afirma que antes da colaboração destas Faculdades, se valeu do auxílio prestado pelo Instituto Oswaldo Cruz, na pessoa de Júlio Muniz (protozoologista que ao lado de Gilberto de Freitas, também pesquisador do IOC, contribuiu com seus conhecimentos para o controle da doença de Chagas, publicando importante trabalho sobre diagnóstico sorológico nos anos 40) (Cf. AR, 2001, fitas 01 e 03; Carvalheiro et al., 2009).

casuística que Rezende conseguiu reunir serviu de base para o trabalho “Megaesôfago por doença de Chagas”, no qual propunha uma revisão da classificação das formas clínicas da doença de Chagas e a inclusão da forma digestiva entre elas. Apresentado no VIII CMTMBC, que aconteceu em Uberaba em setembro de 1956, e publicado no último número da revista goiana daquele ano (Rezende, 1956), o trabalho estava em total sintonia com o que os médicos do interior já vinham apresentando nestes congressos. Pela primeira vez, no entanto, a associação entre ‘mal de engasgo’ e doença de Chagas era feita de forma tão categórica. Para desenvolvê-lo, Rezende se apoiou nos dados epidemiológicos fornecidos pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), nos recursos diagnósticos disponíveis na época (parte das reações sorológicas havia sido feita no laboratório de Carlos Borges em Goiânia e outra nos laboratórios das faculdades de medicina paulistas já mencionadas) e nas pesquisas que Fritz Koeberle desenvolvia em Ribeirão Preto.

O patologista austríaco Koeberle havia sido convidado por Zeferino Vaz<sup>90</sup> para organizar e dirigir o Departamento de Patologia da recém-criada Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em São Paulo. Vinculada à USP, a história da organização desta faculdade mostra a preocupação de Vaz em dotá-la de alguns nomes já expressivos no cenário médico-científico. Fundada em 1952, sua criação teria contribuído para que a região fosse considerada pólo de excelência na área de educação e saúde. Seus docentes se destacariam pelas pesquisas dedicadas à doença de Chagas em seus múltiplos aspectos (diagnóstico sorológico e imunologia, patologia e fisiopatologia do megacólon e megaesôfago, desnervação associada à cardiopatia chagásica além das correlações clínico-epidemiológicas e técnicas cirúrgicas) contribuindo para o resgate da importância médica e social dessa doença. O Hospital das Clínicas a ela vinculado começou a funcionar em 1956 e se consolidou como o maior e mais importante hospital do interior do Brasil (Oliveira, 2000). O interesse mútuo na moléstia de Chagas levaria médicos atuantes em Goiás e em Ribeirão Preto a manterem estreita relação de cooperação.

---

<sup>90</sup> Professor Catedrático de Zoologia Médica e Parasitologia na Faculdade de Medicina Veterinária da USP, Zeferino Vaz foi escolhido para organizar a nova unidade médica daquela universidade que se estabeleceria em Ribeirão Preto. Atuou como diretor-fundador da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto entre 1951-1964.

Por conta de seu interesse e convicção na relação entre ‘mal de engasgo’ e tripanossomíase, Koeberle se tornaria um dos principais aliados de Rezende, e dos médicos do interior em geral, no processo de consolidação da etiologia chagásica dos megas<sup>91</sup>. Ao tomar conhecimento de seu trabalho, Rezende passou a manter contato permanente com este médico, que antes de vir para o Brasil, já havia atuado no Instituto Patológico da Universidade de Viena, chegando a professor adjunto em 1941. Durante a II Guerra Mundial, serviu como médico patologista no exército alemão, retornando ao referido instituto em 1945. No ano seguinte assumiu a chefia do Instituto Patológico, Bacteriológico e Sorológico do Hospital Geral de St. Polten, ainda na Áustria. Ali permaneceu até 1953, quando então recebeu o convite de Vaz para compor o quadro docente da nova faculdade (Rezende, 2002). Sua contribuição para o trabalho desenvolvido pelos goianos viria por meio da comprovação anatomopatológica da etiologia chagásica do megacólon e megaesôfago endêmicos. A partir daí, Rezende e Koeberle estariam sempre juntos na maioria dos congressos em que o tema era debatido: Rezende apresentando a parte clínica e Koeberle a parte patológica do trabalho. Apesar disso, nunca publicaram um artigo juntos.

Apesar de dados clínicos, epidemiológicos e sorológicos fornecerem evidências convincentes quanto à relação etiológica entre a doença de Chagas e o megaesôfago e o megacólon endêmicos, tal como já vinha sendo apresentado pelos médicos do interior no espaço dos congressos regionais, era imperativo localizar o parasito nos órgãos comprometidos pela enfermidade para comprovar essa associação. Cabe ressaltar que, desde o século XIX o laboratório funcionava como espaço privilegiado de validação do conhecimento médico e, neste contexto, a anatomia patológica se configurou como disciplina fundamental. Através das necrópsias, era possível enxergar o parasito e/ou as lesões a ele atribuídas em vários órgãos e sistemas orgânicos, o que dava mais concretude à doença. Neste sentido, Koeberle examinou uma série de esôfagos de chagásicos autopsiados numa busca exaustiva pelo parasito, até encontrá-lo. Seu trabalho complementou,

---

<sup>91</sup> No trabalho que publicou em 1956, referido no texto, Rezende mencionou apenas o megaesôfago por conta do maior número de casos que conseguiu reunir. No entanto, ao propor a forma digestiva da doença de Chagas, incluiu nela as demais lesões do tubo digestivo: megaduodeno, megajejuno, megafêlo, megacólon e gastropatia chagásica (Cf. Rezende, 1956: 311).

assim, a pesquisa essencialmente clínica levada a cabo por Rezende e os demais médicos, respaldando-a<sup>92</sup>.

Apesar disso, Koeberle foi um defensor da legitimidade das pesquisas clínicas apresentadas pelos médicos do interior. Em seu primeiro artigo na RGM, fruto de uma conferência na Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba em abril de 1956, Koeberle já demonstrava seu posicionamento totalmente favorável às conclusões dos médicos do Brasil Central e assim se manifestou sobre o trabalho que Calil Porto havia apresentado na sétima edição dos CMTMBC:

*“(...) Outro motivo para a presente publicação é o trabalho de C. Porto sobre a ‘Gastropatia chagásica’ publicado nesta revista. Este ponto de vista foi combatido tanto por ocasião da sua apresentação no VII Congresso Médico do Triângulo Mineiro e Brasil Central, como após sua publicação, principalmente por ter sido deduzido de sintomas clínicos vagos e imprecisos sem documentação convincente. Esta atitude negativa para com o referido trabalho e a recusa de aceitar a etiologia chagásica dos ‘megas’, sempre divulgada pelos médicos do interior, leva-nos a tecer alguns comentários a respeito do valor e da legitimidade de um trabalho científico. (...)” (Koeberle, 1956: 102).*

Conferindo legitimidade ao trabalho dos médicos do interior, apontava as vantagens que a observação clínica poderia trazer para pesquisas mais aprofundadas e protestava:

*“(...) consideramos desautorizada a condenação de um trabalho científico pelo simples fato deste ter sido baseado apenas em observações clínicas, não utilizando aparelhagem científica para apresentar uma documentação quantitativa. As observações de C. Porto, baseadas em uma experiência de vinte anos como médico no interior do Brasil, possuem o mesmo valor documentário que nossos estudos feitos através de inúmeras observações histológicas em cortes seriados e com colorações diversas. A melhor prova da veracidade desta*

---

<sup>92</sup> Após este minucioso trabalho, Koeberle se dedicou aos estudos sobre desnervação do sistema nervoso periférico na doença de Chagas, convencido de que essa era a causa da alteração do funcionamento dos órgãos. Seus enunciados encontraram muita resistência inicialmente, principalmente ao considerar que após a reprodução intracelular do parasito, localizado nas fibras musculares da parede do tubo digestivo, a célula se romperia e liberaria uma toxina lesiva aos neurônios responsáveis pela coordenação do movimento do órgão. Mais tarde abandonou essa tese e verificou-se que, na verdade, o sistema imunológico agredia o neurônio parasitado devido a uma ‘semelhança imunogênica’ entre parasito e neurônio (JMR, 2001, fitas 02 e 03). Ao longo da análise que se segue este tema não será abordado, apesar de sua riqueza e relação com o problema dos megas. Minha opção é centrar o debate na questão da aceitação da etiologia chagásica dos megas e, por isso, os estudos de Koeberle relacionados a estas pesquisas não serão aprofundados.



*afirmação está em que os dois métodos levaram a resultados exatamente iguais. Ao mesmo tempo, fica demonstrado que ainda em nossos dias é possível conseguir resultados novos e importantes com meios simples na atividade médica e constituirá sempre um erro subestimá-los (...)" (Köberle, 1956: 102-103).*

Como se observou por meio de dados quantitativos na seção anterior, os médicos de Ribeirão Preto estiveram entre aqueles que mais publicaram na revista goiana. Nos artigos escritos pelos goianos, os vínculos de cooperação entre ambas as regiões ficam sempre bastante nítidos. Nos trabalhos publicados no número especial da RGM de 1956, por exemplo, ficou registrado o auxílio prestado pelos médicos atuantes no Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, entre eles Mauro Pereira Barreto e Astolpho Ferraz de Siqueira, de onde vinha a maioria das provas laboratoriais utilizadas pelos goianos. Carlos Borges enfatiza que até a instalação de seu laboratório inexistiam recursos materiais e técnicos no Estado para a realização de exames, o que obrigava os médicos goianos a “recorrer a centros médicos mais desenvolvidos” (Borges, 1956: 279). Embora instalada no interior de São Paulo, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto tinha mais credibilidade no meio científico do que os médicos goianos (JMR, 2001, fita 03/lado A).

Catedrático do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto naquela época, José Lima Pedreira de Freitas foi outro colaborador importante dos goianos, e desde 1944 dedicava-se ao estudo da doença de Chagas. Tendo aperfeiçoado a técnica do complemento de Machado-Guerreiro, tornando-a mais acurada e confiável, estabeleceu em Cássia dos Coqueiros, região do interior de São Paulo, um campo permanente de pesquisa da doença em seus aspectos clínicos e epidemiológicos (Oliveira, 2000). Sua importância no seio da pesquisa sobre megasôfago deve-se, entre outras coisas, à sua tese de doutorado de 1947 na qual admitiu a plausibilidade da relação entre aquele problema e o mal chagásico (Porto & Porto, 1970). Como comentarista oficial dos trabalhos apresentados pelos goianos por ocasião do VIII CMTMBC, assim se manifestou:

*“(...) Foi abordado de modo tão completo o problema do megaesôfago e moléstia de Chagas e disponho de tempo curto para terminar estes comentários que dispensaria abordar este tema. Conforme o trabalho apresentado, graças aos trabalhos do Prof. Fritz Köeberle tivemos o importante argumento anátomo-patológico para aceitarmos definitivamente a etiologia chagásica do megaesôfago e dos outros “megas” entre nós. Está havendo uma reação grande por parte de nossos pesquisadores para aceitar este fato como estabelecido. Por ocasião da realização dos outros Congressos do Triângulo Mineiro e do Brasil Central, este assunto foi muito debatido e a etiologia chagásica dos “megas” aparentemente saiu sempre perdendo. Estou certo de que deste ela sairá absolutamente vitoriosa, como o mostra suficientemente a argumentação aqui apresentada pelos autores” (Freitas, 1956: 319-320 - grifo meu).*

Apesar do otimismo com que Pedreira de Freitas se referiu ao problema da etiologia chagásica dos ‘megas’ no congresso de 1956, considerando dispensável a abordagem do tema tendo em vista a clareza com que havia sido analisado por Rezende, sua ampla aceitação, especialmente por parte dos meios médicos do Rio de Janeiro e São Paulo, só viria nos anos 60 (JMR, 2001, fita 04/lado A). Antes disso, porém, já é possível notar alguns indícios deste movimento por meio das páginas da *Revista Goiana de Medicina* como, por exemplo, na conferência realizada por Geraldo Siffert de Paula e Silva no final de 1957 e publicada no primeiro número de 1958. A convite da AMG, este renomado professor de gastroenterologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro visitou Goiânia e Brasília (ainda em construção) e pronunciou três conferências, uma delas no Centro de Estudos do Hospital Juscelino Kubistchek de Oliveira, na futura capital federal. O próprio título de sua palestra já indica que a etiologia chagásica dos ‘megas’ começava a ter aceitação:

*“(...) Escolhi o tema ‘Formas Digestivas da Moléstia de Chagas’ como homenagem aos denodados e beneméritos colegas do Brasil Central que muito ajudaram a repor na ordem do dia os assuntos referentes à tripanossomíase americana, relegados a injusto olvido por mais de 40 anos (...) Merecem todos os louvores os esforços despendidos pelos clínicos do Triângulo Mineiro e do Brasil Central no sentido de esclarecer a relação etiológica entre o megaesôfago e o megacólon e a tripanossomíase (...)” (Paula e Silva, 1958: 57-58).*

Por incentivo de Paula e Silva, Rezende se tornou sócio-fundador da Sociedade Goiana de Gastroenterologia em 1957. Em outubro desse mesmo ano, por ocasião do IX Congresso Brasileiro de Gastroenterologia que aconteceu no Rio de Janeiro, a nova entidade regional foi oficialmente vinculada à federação brasileira desta especialidade. Como representante da referida sociedade e como apresentador de trabalho, Rezende esteve presente ao evento que elevou a cidade de Goiânia à sede da 12ª Região, que compreendia os estados de Goiás, Mato Grosso e território de Rondônia. Entre 1958 e 1960 se tornaria seu presidente (cargo que voltaria a assumir em 1962).

No âmbito das reuniões científicas organizadas pela Sociedade Goiana de Gastroenterologia, direcionadas aos médicos locais, Rezende também reafirmava suas convicções e pesquisas sobre a forma digestiva da doença de Chagas. A sessão científica que promoveu ao lado de Anis Rassi em 1957, por exemplo, se assemelha muito ao trabalho sobre megaesôfago e cardiopatia que publicariam juntos em *O Hospital*, uma das revistas mais prestigiadas do meio médico brasileiro (Rezende & Rassi, 1958). Em 1958, novamente com Anis Rassi e mais cinco médicos goianos (Carlos Borges, Omar Carneiro, José Salum<sup>93</sup>, Isaac B. Ribeiro e Olímpio Heitor de Paula) Rezende publicou o artigo “Fase aguda da Doença de Chagas – aspectos clínicos observados em 18 casos” (Rassi et al, 1958), fruto de trabalho apresentado ao I Seminário Brasileiro sobre Doença de Chagas, que aconteceu na Paraíba em dezembro de 1957. Iniciativa da Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição da Paraíba, alguns dos trabalhos ali apresentados conformaram mais um número especial da RGM, totalmente dedicado à doença de Chagas.

O artigo de Rezende, publicado neste número especial da revista de 1958, confirma mais uma vez que a rede de relações tecida pelos goianos contava firmemente com a colaboração de seus pares atuantes em Ribeirão Preto, bem como com o auxílio de outros médicos goianos, nem sempre alocados na capital.

---

<sup>93</sup> José Salum só se estabelecerá em Goiânia a partir dos anos 60 quando foi convidado para lecionar na Faculdade de Medicina de Goiás como professor adjunto de bioquímica. Até então atuava no Rio de Janeiro, onde se formou em 1957 e era monitor da cadeira de química orgânica (Cf. Almeida Neto, 2001; <http://www.academiademedicina.com.br/academico.php?idNoticia=101> – consultado em 10/09/2012).

Assim, ao final do artigo são mencionados os médicos que teriam contribuído para seu desenvolvimento. Mais uma vez, lá estão os colegas de Ribeirão Preto Pedreira de Freitas, Köeberle e Ferraz de Siqueira. Por outro lado, chama a atenção os núcleos de resistência aos enunciados de Rezende como é possível notar, por exemplo, no artigo de Zilton A. Andrade. Apresentando um estudo sobre a patologia da doença de Chagas este médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia assim se referiu à forma digestiva:

*“(...) A forma digestiva seria representada pelos casos de megaesôfago e megacólon endêmicos em certas áreas do Brasil. Os portadores de megas são alta percentagem de positividade para a reação de fixação do complemento para doença de Chagas e apresentam, muitas vezes, alterações eletrocardiográficas sugestivas. **O assunto ainda não está devidamente esclarecido, a nosso ver (...)**” (Andrade, 1958: 116 – grifo meu).*

A publicação deste tipo de trabalho demonstra que Rezende, enquanto editor da revista goiana, atuava imparcialmente, selecionando e veiculando trabalhos mesmo que estes não corroborassem totalmente de suas conclusões. Ao agir assim, fomentava o debate por meio do periódico, fortalecendo o meio médico goiano ao trazer para a revista nomes de peso como Aluísio Prata, por exemplo. Professor de Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, este médico proferiu uma conferência em março de 1959 na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro que ganhou as páginas da revista goiana. Mesmo tendo exposto suas dúvidas com relação à associação entre os megas e a doença de Chagas, seu trabalho foi publicado:

*“(...) Propositadamente, evitamos mencionar na evolução da Doença de Chagas e entre as suas complicações a existência de megas. Isto porque, além do assunto ainda apresentar aspectos controversos será motivo de trabalho que traremos ao Congresso Internacional sobre Doença de Chagas, a ser realizado em julho próximo (...)*” (Prata, 1959a: 94-95).

Dos quatro artigos publicados por Rezende em 1959, apenas um não versa diretamente sobre doença de Chagas. Destes, destacamos os que foram publicados nos números 1, 2 e 3 da RGM daquele ano. O primeiro deles demonstra interação

entre os médicos goianos e aqueles atuantes no Rio de Janeiro, tais como Paulo Lacaz - Professor Catedrático de Química Fisiológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (Salum et al, 1959). Neste trabalho discute-se a introdução de novas técnicas de pesquisa no campo da bioquímica e sua contribuição para o estudo da doença de Chagas. No número seguinte temos um artigo feito a três mãos, fruto de trabalho apresentado no IX CMTMBC e no X Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, realizado em Belo Horizonte em outubro de 1958. Versava sobre a proposta de introdução da ‘prova de retenção’<sup>94</sup> como rotina nos exames radiográficos do esôfago nas zonas endêmicas da doença de Chagas (Lauar, Oliveira & Rezende, 1959).

O terceiro trabalho “Forma digestiva da moléstia de Chagas” foi apresentado à Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo em setembro de 1959, quando então foi conferido o título de sócio correspondente nacional daquela sociedade a Rezende. Reafirmando a necessidade de inclusão da forma digestiva na sistemática da moléstia de Chagas, tal como havia feito três anos antes ao considerar pela primeira vez a relação entre aquela doença e o megaesôfago, Rezende não se deteve no estudo dos megas, mas sim na sintomatologia “multiforme e mal definida” (Rezende, 1959: 223) ligada ao aparelho digestivo, que em muitos casos levaria os pacientes a tratamentos inadequados. Ilustrou o trabalho com a história clínica de 08 casos que atestariam a sintomatologia apontada. Durante a solenidade de entrega do diploma, o novo sócio pronunciou algumas palavras de agradecimento e considerou São Paulo a “Meca brasileira da ciência, da cultura e da técnica” (Noticiário, 1959b: 272).

O trabalho em questão foi resumido e comentado pelo gastroenterologista alemão Franz Ingelfinger no *Year Book of Medicine* de 1960-61 (Beeson et al, 1960-61a/b), publicação da qual era editor e que funcionava como obra de referência na qual eram resumidos os artigos médicos considerados mais significativos por seu grupo de editores. Autoridade mundial em esôfago, atuante no Evans Memorial

---

<sup>94</sup> Consiste esta prova em obter duas radiografias sucessivas do esôfago com um intervalo mínimo de um minuto, sem nova ingestão de contraste. A permanência residual de contraste no terço inferior do esôfago sugere desordem motora deste órgão e exige investigação sorológica para doença de Chagas (Cf. Lauar, Oliveira & Rezende, 1959: 102).

Hospital em Boston (Toy, 2002), Ingelfinger visitou o Brasil em 1959 por ocasião do XI Congresso Brasileiro de Gastroenterologia que se realizou em Belém. Convidado por Paula e Silva na qualidade de conferencista estrangeiro, viajou para Goiânia e Ribeirão Preto após o congresso, onde tomou conhecimento dos trabalhos desenvolvidos pelos médicos locais acerca da doença de Chagas (Rezende & Meneghelli, 2001).

Antes disso, porém, Ingelfinger já vinha se comunicando com Rezende desde abril de 1958. Foi o médico goiano que iniciou o contato enviando a Ingelfinger algumas separatas de artigos publicados sobre o megaesôfago endêmico no Brasil e a doença de Chagas. Conhecido pelos trabalhos que desenvolvia sobre fisiopatologia do esôfago, Rezende pediu a Ingelfinger alguns artigos seus sobre o tema. Fascinado com o trabalho desenvolvido pelos médicos do interior, assim se manifestou em carta enviada a Rezende:

*"(...) I am extremely grateful for the reprints you recently sent me as well as the long letter in which you so clearly summarized your remarkable experience with megaesophagus. You certainly present your views of this disease most lucidly and convincingly. In particular, I am quite ready to be convinced that megaesophagus is a syndrome in which the responsible neuromuscular mechanism can be damaged by different agents.*

*Some day perhaps I shall have the opportunity of visiting Brasil and, if I do, I hope I can have the privilege of visiting you in your clinic. It certainly would be an exciting experience for me medically and most interesting from the viewpoint of the many cases of megaesophagus you see (...)"*. (Correspondência pessoal remetida por Ingelfinger a Rezende, outubro de 1958)<sup>95</sup>.

Um ano após o envio desta carta, Ingelfinger concretizaria seu desejo de visitar Rezende em Goiânia. Acompanhado por Câmara Lopes, do Departamento de

---

<sup>95</sup> "Sou extremamente grato pelas separatas que me enviou recentemente assim como pela longa carta em que resume claramente sua notável experiência com o megaesôfago. Você certamente apresenta seus pontos de vista sobre a doença de forma mais lúcida e convincente. Em particular, estou completamente convencido de que o megaesôfago é uma síndrome em que o mecanismo neuromuscular responsável pode ser danificado por diferentes agentes. Algum dia talvez eu tenha a oportunidade de visitar o Brasil e, se eu o fizer, espero ter o privilégio de visitá-lo em sua clínica. Seria certamente uma grande experiência médica para mim e mais interessante ainda do ponto de vista dos muitos casos de megaesôfago que você possui." (Correspondência pessoal remetida por Ingelfinger a Rezende, outubro de 1958). Tradução livre feita pela autora.

Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, teria vindo a Goiânia a fim de examinar casos de megaesôfago e pronunciar uma conferência. Uma vez no Hospital Rassi, examinou numerosos casos de megaesôfago, realizando em alguns pacientes o teste do mecolil<sup>96</sup>, por ele idealizado alguns anos antes. Tomou conhecimento também de dados e observações clínicas dos médicos goianos, tendentes a demonstrar a relação etiológica existente entre doença de Chagas e megaesôfago. Na Escola de Enfermagem S. Vicente de Paulo pronunciou conferência sobre motilidade esofagiana, com tradução dos médicos Milton Barbosa de Lima e Câmara Lopes. De Goiânia, Ingelfinger seguiu para Ribeirão Preto, onde continuaria suas observações sobre megaesôfago, notadamente sobre o tratamento cirúrgico (Noticiário, 1959d).

Em Ribeirão Preto Ingelfinger permaneceria por mais três dias, transitando entre o Hospital das Clínicas, Serviço de Radiologia e Departamentos de Parasitologia, Patologia e Clínica Médica. Acompanhou cirurgias, como a idealizada por Câmara Lopes em que o esôfago do paciente era totalmente extirpado – a esofagectomia – utilizada em casos de ‘mal de engasgo’ de extrema gravidade (Rezende & Meneghelli, 2001: 264). Além de ver casos de esofagopatia chagásica, teve também informações sobre a epidemiologia e a profilaxia da doença e teria se surpreendido com a elevada prevalência do megaesôfago no Brasil Central. Suas impressões acerca da visita ficaram registradas na correspondência trocada com Rezende:

*“(...) Of course I shall never forget the professional aspects of my visit to your pleasant city, for it was here that I first realized the magnitude of the problem of esophageal aperistalsis in your part of the world. Of course, I had heard about and read about it, and this was one of the reasons I was coming to Goiânia. Nevertheless, the actual experience far exceeded my anticipation. Because of all the time and effort you and your associates were willing to give me, I now have a much clearer picture not only of the number of cases you see, but also of such startling associated phenomena as the "catface", the incidence of heart disease, and the gaseous collection in the splenic flexure of the colon (...).”*

---

<sup>96</sup> Trata-se de um tipo de teste para diagnóstico da acalasia no qual se injeta uma substância – o mecolil – que faz o esôfago contrair quando está desnervado, indicando a doença (Cf. JMR, 2001, fita 04/lado B; Rezende & Meneghelli, 2001).

(Correspondência pessoal remetida por Ingelfinger a Rezende, novembro de 1959)<sup>97</sup>.

O intercâmbio a nível internacional proporcionado pelo contato pessoal estabelecido entre Rezende e Ingelfinger teria sido, segundo o próprio Rezende, decisivo para o reconhecimento nacional das pesquisas goianas em torno da associação entre megaesôfago e doença de Chagas. Desde este encontro, Ingelfinger teria se tornado o maior divulgador das pesquisas realizadas naquela região do Brasil (JMR, 2001, fita 02/lado A). Muito entusiasmado com tudo o que viu e aprendeu no interior do país, Ingelfinger sugeriu que Rezende publicasse suas pesquisas em revistas de circulação internacional e voltadas para um público mais amplo, bem como considerou a possibilidade de estreitar ainda mais os laços entre ambos os meios médicos:

*"(...) As I told you, as very small expression of my great gratitude, I am planning to send you the American Journal of Medicine and I have ordered it already. If it does not reach you, please let me know. This journal is not devoted specifically to gastroenterology, but it is an excellent journal. If you ever plan to publish your remarkable observations in an american medical journal, I would certainly send it first to the American Journal of Medicine or to the New England Journal of Medicine. These journals have a much larger circulation and will reach a much larger audience than Gastroenterology. In addition, if I can help you any way with the preparation of such manuscripts, i.e. in the way of english expressions and general style, please do not hesitate to call on me. I should like to help in any way I can. (...) My experience with esophageal disease in Goiânia and Ribeirão Preto has certainly changed my opinion, and I am now approaching the disease as we see it up here with new ideas, new enthusiasm, and much better orientation. For helping me attain these concepts, and for your great friendliness and kindness, please accept my heartfull thanks. I also trust that our meeting is just the beginning of future professional cooperation and friendship (...)"*

---

<sup>97</sup> "É claro que eu nunca esquecerei os aspectos profissionais da minha visita à sua agradável cidade, porque foi aí que eu me dei conta pela primeira vez da magnitude do problema da aperistalse esofágica em sua parte do mundo. É claro, eu já tinha ouvido e lido a respeito, e esta foi uma das razões pelas quais eu estive em Goiânia. No entanto, a experiência real superou minhas expectativas. Por causa de todo o tempo e esforço que você e seus colegas estavam dispostos a dar-me, agora tenho uma imagem muito mais clara, não só do número de casos que você vê, mas também de tais surpreendentes fenômenos associados como o "Catface", a incidência da doença card, e a coleção gasosa na flexura esplênica do cólon". (Correspondência pessoal remetida por Ingelfinger a Rezende, novembro de 1959) – Tradução livre feita pela autora.



(Correspondência pessoal remetida por Ingelfinger a Rezende, novembro de 1959)<sup>98</sup>.

A aproximação entre os médicos do Brasil Central e o médico estrangeiro resultou em trocas intelectuais bastante significativas entre ambos os países, contribuindo diretamente para as pesquisas que se desenvolviam no exterior. Por ocasião do VI Congresso Panamericano de Gastroenterologia, que se realizaria em Nova Iorque em abril de 1962, Köeberle, Câmara Lopes e Rezende receberam convite de Ingelfinger para ir a Boston visitar seu serviço no Evans Memorial Hospital e ali participar de um debate informal sobre a doença de Chagas e sistema digestivo. No mês seguinte participariam, ao lado de Paula e Silva, do II Congresso Mundial de Gastroenterologia que aconteceu em Munique, na Alemanha, sob a presidência do gastroenterologista alemão Norbert Henning<sup>99</sup>. Como resultado deste congresso, Rezende publicaria dois trabalhos em seus anais – os primeiros de âmbito internacional de sua carreira (Rezende, 1963b; Rezende et al, 1963).

Fazia parte do programa deste congresso um simpósio sobre acalasia do esôfago, sendo presidente Ingelfinger e moderador Paula e Silva. Segundo Rezende e Meneghelli (2001), a quantidade de brasileiros neste simpósio, superior a de outros países ali representados “devia-se, em parte, ao prestígio pessoal do Prof. Geraldo Siffert, e em parte, ao interesse despertado pela doença de Chagas como causa importante de uma modalidade de acalasia” (Rezende & Meneghelli, 2001:

---

<sup>98</sup> "(...) Como eu disse a você, como expressão muito pequena da minha gratidão, estou planejando lhe enviar o *American Journal of Medicine*, que eu já pedi. Se não chegar até você, por favor, me avise. Esta revista não é dedicada especificamente à gastroenterologia, mas é uma excelente revista. Se você já planeja publicar suas notáveis observações em um periódico médico americano, eu certamente o enviaria primeiro para o *American Journal of Medicine* ou para o *New England Journal of Medicine*. Estas revistas têm uma circulação muito maior e vão atingir um público mais amplo do que *Gastroenterology*. Além disso, se eu puder ajudá-lo com a preparação de tais manuscritos, por exemplo, na forma de expressões em inglês e estilo geral, por favor, não hesite em me chamar. Gostaria de ajudar em qualquer coisa que eu puder (...). Minha experiência com a doença de esôfago em Goiânia e Ribeirão Preto certamente mudou minha opinião, e agora estou abordando a doença a partir de novas ideias, novo entusiasmo, e orientação muito melhor. Por me ajudar a atingir esses conceitos, e por sua simpatia e amabilidade, por favor, aceite meus agradecimentos. Eu também acredito que o nosso encontro é apenas o início de uma cooperação profissional futura e de amizade (...)" (Correspondência pessoal remetida por Ingelfinger a Rezende, novembro de 1959) – tradução livre feita pela autora.

<sup>99</sup> Norbert Henning havia estado no Brasil em 1961, inclusive em Goiânia, conhecia os trabalhos de Köeberle, e estava bem informado sobre a alta prevalência do megaesôfago em certas regiões do Brasil e sua associação com a doença de Chagas (Rezende & Meneghelli, 2001).

267). O reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos goianos em conjunto com seus pares atuantes no interior do país neste congresso, teria, segundo afirma Rezende, levado os brasileiros a começarem a falar em ‘megaesôfago chagásico’ – algo ainda muito questionado, segundo observado até aqui (Rezende, 2009). Os contatos com Ingelfinger teriam repercutido favoravelmente sobre a aceitação da etiologia chagásica dos megas, que uma vez difundida nos meios médicos do exterior, aumentou a credibilidade das pesquisas e conclusões dos médicos do Brasil Central. Segundo Rezende: “infelizmente a medicina brasileira passa a dar crédito às coisas de casa quando tem aceitação fora. Então a literatura médica fora do Brasil já começou a falar em megaesôfago chagásico. Os daqui tiveram que aceitar” (JMR, 2001, fita 04/lado B).

A aceitação internacional, portanto, teria vindo antes da aceitação nacional, principalmente no que se refere aos meios científicos do Rio de Janeiro e São Paulo<sup>100</sup> (Rezende & Meneghelli, 2001: 266). Essa resistência teria ficado mais latente durante a realização do I Congresso Internacional da Doença de Chagas, no Rio de Janeiro em julho de 1959. Acontecimento marcante nos meios científicos nacional e internacional, o evento, organizado por Carlos Chagas Filho sob os auspícios do Instituto Oswaldo Cruz, contou com a participação de personalidades médicas do Brasil e do exterior, perfazendo um total de mais de 500 pessoas. Rezende havia participado de reuniões da organização do evento no ano anterior a convite de Chagas Filho (Rezende, 2001, fita 03/lado A), e na ocasião apresentou uma casuística elevada de pacientes acometidos por megaesôfago<sup>101</sup> a partir da qual pretendia convencer a respeito da individualização da forma digestiva da doença de Chagas (Kropf & Rassi, 2009).

No livro de resumos do evento, onde estão listados os trabalhos que seriam apresentados, percebe-se que a doença foi abordada a partir de vários pontos de vista, desde o epidemiológico até o profilático, passando pela transmissão, agente etiológico, clínica, diagnóstico laboratorial, anatomia patológica e terapêutica. Com

---

<sup>100</sup> Artigos publicados na RGM nos anos 50, de autores provenientes do Triângulo Mineiro e Ribeirão Preto, já demonstravam a aceitação das associações previstas por Rezende desde 1956.

<sup>101</sup> O trabalho apresentado por Rezende intitulou-se ‘Alterações do tubo digestivo na moléstia de Chagas. Considerações em torno de 506 casos de megaesôfago’ e foi publicado nos anais deste congresso em 1963 (Cf. Rezende, 1963a: 1407-1426).

relação à clínica, aspecto que mais interessa por conta das pesquisas de Rezende, chamam a atenção alguns trabalhos que se referem diretamente ao problema do megaesôfago e sua relação com a doença de Chagas. Aristóteles Brasil, de Belo Horizonte, por exemplo, teria igualmente defendido que a doença de Chagas seria a mais importante causa de megaesôfago no país, no entanto, sugeriu o termo ‘aperistalsis do esôfago’ no lugar de ‘megaesôfago’ e outras expressões. Seguindo a linha de raciocínio que já vinha expondo nas páginas da RGM, Aluizio Prata considerou que este aspecto deveria ser “melhor estudado” (Noticiário, 1959b).

Intitulado “Relação etiológica entre doença de Chagas e megaesôfago”, o trabalho apresentado por Prata (1959b:1317-1336) chama a atenção pela grande quantidade de informações reunidas sobre o megaesôfago. Inicialmente tece um breve histórico a respeito e afirma que “ao lado do megaesôfago endêmico, que certamente tem etiologia única, deve existir no Brasil, conforme sucede em todas as partes do mundo, casos esporádicos da doença obedecendo outros mecanismos etiológicos” (Prata, 1959b: 1318). Relaciona várias teorias existentes que buscavam explicar as causas da moléstia, mas se detém apenas naquela que apontava o mal chagásico como uma de suas causas. Segue comentando sobre a distribuição geográfica do megaesôfago e suas relações com a doença de Chagas e alerta para o fato de que, se era possível afirmar que em todas as regiões onde comprovadamente é endêmico o megaesôfago, existiria também a doença de Chagas, o inverso não seria verdadeiro (Prata, 1959b: 1320):

*“(...) Contudo, na falta de conhecimento mais perfeito da geografia do megaesôfago e embora reconhecendo que, até o momento, esta doença somente tem sido descrita sob a forma endêmica nas regiões em que existe a doença de Chagas, achamos que este fato, isoladamente, não representa elemento de todo convincente, podendo ser explicado por caprichosa coincidência (...)”* (Prata, 1959b: 1321).

Prossegue seu trabalho enumerando os autores que detectaram a presença de megaesôfago em doentes chagásicos, entre eles Aristóteles Brasil, Rezende, Anis Rassi e Koeberle. Embora considerasse expressivos os números apresentados por estes e outros autores, avaliava a necessidade de verificar melhor como se

comportaria o esôfago, ao exame radiológico, em um número razoável de pacientes não chagásicos tendo em vista que o objetivo seria averiguar se a tripanossomose produz megaesôfago, e não o contrário (Prata, 1959b: 1323). Como resumo às suas considerações afirma:

*“(...) Podemos concluir, tendo por base nossa casuística, que existe uma cardiopatia no megaesôfago, pois somente 27% dos portadores desta doença tinham o coração normal aos exames clínicos, radiológicos e eletrocardiográficos. As características eletrocardiográficas desta cardiopatia, as necrópsias, a reação de Machado-Guerreiro e o xenodiagnóstico nos permitem afirmar que encontramos a doença de Chagas na quase totalidade dos casos de megaesôfago (...)”.* (Prata, 1959b: 1330).

E continua:

*“(...) Chagas em seus estudos geniais emitiu as hipóteses de que o bócio e o megaesôfago poderiam ser causados pelo Trypanosoma cruzi. Defendeu a primeira delas com mais entusiasmo e os fatos não a confirmaram. Agora, a segunda está sendo submetida ao seu teste de sobrevivência. Etzel enfileirou argumentos que para muitos pareceram decisivos na filiação do megaesôfago à avitaminose B1. Estes dois episódios, o da tireoidite parasitária e o da avitaminose B1 como causa do megaesôfago, nos parece que têm servido de freio a qualquer raciocínio apressado quanto à causa do megaesôfago. Daí talvez a prudência com que vem sendo aceita, pelos investigadores brasileiros, a etiologia chagásica dos megas, apesar do peso dos fatos já acumulados. **Acreditamos que os dados disponíveis são suficientes para mostrar as estreitas relações entre as duas entidades mórbidas (...)**”* (Prata, 1959b: 1331 – grifo meu).

Apesar de, ao final do argumento, aceitar a ideia da relação entre megaesôfago e doença de Chagas, Prata ponderou quanto à sua patogenia, isto é, o modo como atuaria o tripanosoma produzindo megaesôfago, afirmando que o assunto ainda seria controverso<sup>102</sup>. Jairo Ramos, considerado por Joffre um dos “papas de São Paulo” (JMR, 2001, fita 04/lado A) teria alinhado em seu relatório

---

<sup>102</sup> Com relação a este aspecto, Prata evidencia uma questão que ressaltai em nota anterior com relação à resistência dos meios médicos aos enunciados de Koeberle sobre a teoria da desnervação. Segundo Rezende, neste congresso o trabalho de Koeberle teria recebido muitas críticas (JMR, 2001, fita 02/lado B). Alguns anos depois, seus discípulos no âmbito da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto confirmariam seus achados (Tafuri & Brener, 1966).

dados favoráveis e contrários à etiologia chagásica dos megas. Em seu trabalho intitulado “doença de Chagas e acalásia” concluiu:

*“(...) A exposição que fizemos parece-nos situar a questão tal como atualmente se nos apresenta. Se de um lado existem indicações que nos orientam para admitir que a doença de Chagas é responsável pelos síndromes cardíaco e digestivo ou melhor, responsável pela miocardite e pelos distúrbios dos órgãos e os musculares que se caracterizam pelo prefixo mega; de outro lado há argumentos que contrariam este ponto de vista e que parecem indicar concomitância de duas doenças com etiologia diferente (...)” (Ramos, 1959b: 1401).*

Sem demonstrar um firme posicionamento, Ramos afirma que “os recursos disponíveis nas várias regiões nas quais a endemia se apresenta mais intensa e onde mais comuns são os casos agudos encontrados, não têm permitido estudo mais completo” (Ramos, 1959b: 1402). Hoel Sette e cols., de Recife, não só aceitaram a forma digestiva da doença de Chagas como também consideraram definitivamente provada a etiologia chagásica da acalásia. Pesquisadores do Chile, entre eles Amador Neghme, contribuíram com estudo sobre a relação entre megacolo e doença de Chagas, demonstrando também aceitação deste fato. Na mesa redonda, realizada ao final do congresso, as opiniões predominantes teriam sido no sentido de aceitar-se a doença de Chagas como uma das causas do megaesôfago e do megacolo (Noticiário, 1959d: 475-476). Apesar das resistências, vale destacar a medalha comemorativa do cinquentenário da descoberta da doença de Chagas concedida pelo IOC a Rezende por ocasião deste congresso. No mesmo ano e pelo mesmo motivo, receberia também medalha e diploma conferidos pela Universidade de Minas Gerais – o que indica o respaldo de ambas as comunidades médicas às pesquisas desenvolvidas no Brasil Central.

O que a análise vem demonstrando é que a resistência na aceitação da etiologia chagásica dos megas está relacionada, principalmente, a uma associação prevista com base essencialmente em dados provenientes da clínica médica, ou seja, da sistematização acurada de informações decorrentes quase exclusivamente da observação. Ao longo do percurso aqui considerado, os médicos goianos buscaram fortalecer seus laços com meios médicos mais prestigiados para os quais a doença de Chagas era um problema que interessava. As redes estabelecidas com

o núcleo de Ribeirão Preto foram fundamentais ao longo deste processo de confirmação da etiologia chagásica do megaesôfago. No entanto, a análise mais detida da RGM evidenciou que os goianos contavam também com o apoio de outros médicos alocados em centros de ciência importantes. Um deles era C. Magarinos Torres (médico que havia sido um grande colaborador de Carlos Chagas nas pesquisas sobre a tripanossomíase). Chefe da Divisão de Patologia do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Torres assim se manifestou em carta pessoal endereçada a Rezende em agosto de 1959, portanto, logo após o congresso internacional do Rio de Janeiro:

*“(...) Sim, bastante aprendemos, todos nós, no recente Congresso, tão bem organizado e conduzido pelo Prof. Carlos Chagas Filho, com o concurso do IOC. O entusiasmo que tenho pela moderna geração de médicos do meu país, aqui nascidos e formados, os quais foram capazes de sobrepujar todas as dificuldades naturalmente encontradas longe dos grandes centros urbanos, para trabalharem de modo tão profícuo, e cujo melhor exemplo é o da Escola Goiana, cresceu nesse Congresso, vendo que estão despertando novos companheiros, já em outras regiões do Brasil (Pernambuco, Bahia). Minhas sinceras felicitações pela parte pessoal, de grande relevo, que vem desempenhando na ampliação dos conhecimentos sobre a doença de Chagas. Espero enviar-lhe, dentro em breve, um artigo que gostaria de ver publicado na “Revista Goiana de Medicina”, uma vez que considero um dos órgãos oficiais, “par droit de conquette” sobre doença de Chagas (...)” (Correspondência pessoal enviada de Magarinos Torres para Rezende - 03/08/1959).*

Ainda em 1959, Rezende se tornou fellow da Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene e no bojo das comemorações em torno do cinquentenário da doença de Chagas, editou um número da RGM, o último daquele ano, especialmente dedicado à doença nas Américas. Para tanto, entrou em contato com pesquisadores reconhecidos pelo trabalho que desenvolviam sobre a enfermidade nos seguintes países: Argentina, Chile, Uruguai, Paraguai, Bolívia, Peru, Equador, Costa Rica, Guatemala, México, Estados Unidos, Colômbia e Venezuela. Todos, com exceção dos dois últimos, responderam prontamente ao chamado de Rezende. Alguns deles, inclusive, entregaram o material pessoalmente por ocasião do Congresso Internacional da doença de Chagas que havia se realizado no Rio de Janeiro, do qual muitos participaram. Dessa forma, os médicos goianos mantinham também

suas redes internacionais, alimentando um fluxo de informações bastante dinâmico neste sentido. Em um relatório encaminhado à Organização Mundial de Saúde em julho de 1984, por exemplo, Rezende afirma que mantinha um intercâmbio científico com os médicos da Costa Rica desde 1959 em função justamente dos avanços no conhecimento sobre a doença de Chagas (Rezende, 2001: 167).

Confirmando a ideia de que a aceitação internacional da etiologia chagásica dos megas veio antes da nacional, no relatório do grupo de estudos sobre doença de Chagas da OMS de 1960 a forma digestiva já aparece no bojo de sua sintomatologia clínica (Organización Mundial de la Salud, 1960). Do mesmo modo, em índice bibliográfico específico sobre a doença de Chagas, organizado pelo governo norte-americano em 1972, lá estão listados todos os trabalhos de Rezende e de outros goianos sobre a enfermidade (Oliver et al., 1972).

Em âmbito nacional, Rezende considera o II Congresso Internacional de Proctologia, que aconteceu em São Paulo em 1960, como “último muro de resistência” à forma digestiva da doença de Chagas (JMR, 2001, fita 04/lado B). Neste evento houve uma mesa redonda sobre megacólon presidida por Alípio Corrêa Netto da qual Rezende participou juntamente com Koeberle. Ao final, contrariando tudo o que havia sido debatido até ali, o eminente cirurgião paulista Edmundo Vasconcelos defendeu a etiologia viral do megaesôfago e do megacólon. Contrariava, assim, sugestão feita por ele mesmo ao visitar Goiânia anos antes. Na ocasião exaltou o intercâmbio com os pares atuantes em todo o país e defendeu a ampla divulgação das pesquisas desenvolvidas no interior tendo em vista sua importância. Ao defender uma tese já bastante questionada no cenário médico nacional, no entanto, Vasconcelos parecia não reconhecer o trabalho de pesquisa levado a cabo pelos médicos do interior.

A partir de 1960, Rezende daria continuidade às suas pesquisas no âmbito Faculdade de Medicina de Goiás. Munido de mais recursos e na qualidade de chefe do Departamento de Clínica Médica desta instituição, incentivaria seus alunos a se aprofundarem no problema da tripanossomíase americana, que permanecia um grave problema de saúde pública da região. Foi também um dos fundadores da

Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, ao lado de William Barbosa e Anis Rassi. Fundada em 1961 no Rio de Janeiro, foi organizada em 1962 em Ribeirão Preto por ocasião da I Jornada de Debates, onde foram aprovados seus estatutos e eleita a primeira diretoria. No programa desta jornada estavam mesas redondas sobre doença de Chagas, amebíase, esquistossomose e terapêutica das verminoses intestinais. Correspondendo a uma aspiração de todos os interessados no estudo das endemias rurais, a participação de Rezende nesta sociedade demonstra sua preocupação com outros problemas de saúde pública além da doença de Chagas<sup>103</sup>.

No ano seguinte a esta jornada, Rezende participaria do XV Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, realizado em Goiânia. Em simpósio no qual se abordou o tema do megacólon, a fala do médico paulista Daher Cutait merece ser destacada. O especialista em cirurgia do aparelho digestivo abriu seus comentários com uma homenagem aos colegas de Goiânia, exaltando-os “pela sua enorme contribuição científica no avanço do conhecimento da moléstia de Chagas, e em particular do tema que vamos discutir” (Cutait, 1965: 228). Ao que tudo indica, havia chegado ao fim a tertúlia iniciada em 1956 e daí por diante o trabalho de Rezende, como síntese dos esforços de todos os médicos do interior do país que haviam investigado o tema, ganharia reconhecimento, sendo considerado um marco na compreensão das formas clínicas da doença (Prata, 1999).

Como foi possível mapear, a trajetória intelectual de Rezende entre sua formatura na Faculdade Nacional de Medicina em 1950 e o ingresso como professor na Faculdade de Medicina de Goiás em 1960<sup>104</sup> esteve quase integralmente voltada para as pesquisas em torno da forma digestiva da doença de Chagas. A maioria dos eventos nos quais tomou parte e dos artigos que publicou demonstrou este movimento de Rezende em busca da comprovação do vínculo entre a tripanossomíase e o ‘mal de engasgo’. A rede de relações que estabeleceu

---

<sup>103</sup> Entre os trabalhos que publicou no período considerado e que não versaram sobre algum aspecto da doença de Chagas destacamos um sobre esquistossomose em Goiás, apresentado ao XII Congresso Brasileiro de Gastroenterologia em julho de 1960 e outro sobre a leishmaniose visceral também em Goiás, apresentado no XI CMTMBC em 1961 (Cf. Moraes & Rezende, 1960; Rezende, Santana, Doles & Borges, 1963).

<sup>104</sup> Recorte estabelecido tendo em vista evitar abordar o trabalho de Rezende no âmbito da Faculdade de Medicina de Goiás, assunto para o próximo e último capítulo.



com médicos provenientes de outras instituições, em particular com aqueles que atuavam em Ribeirão Preto, se deu principalmente em função dos interesses comuns de pesquisa em torno da doença de Chagas. A forma com que conduziu suas pesquisas em Goiás e a qualidade de seu trabalho científico, embora não tenham sido suficientes para alcançar o reconhecimento de seus pares internamente em um primeiro momento, levaram Rezende a cruzar as fronteiras nacionais e ganhar notoriedade fora do Brasil, em países onde a enfermidade chagásica não era um problema de saúde pública e nos quais a acalasia/megaesôfago possuía outra etiologia.

Ao despertar o interesse estrangeiro, a resistência até então oferecida pelos meios científicos mais tradicionais em solo pátrio arrefeceu. Por conta dela, ou apesar dela, Rezende soube circular e conquistar aliados importantes para sua causa, com destaque para o trabalho levado a cabo pelo patologista Koeberle – responsável por fornecer a prova anatomopatológica para as observações clínicas do colega goiano e dos médicos do interior. Toda a circulação de Rezende ficou registrada nas páginas do periódico que ajudou a consolidar. O respeito que foi adquirindo ao longo de sua carreira, juntamente com a visibilidade que o meio médico goiano como um todo estava alcançando, reverteu positivamente sobre a aceitação da *Revista Goiana de Medicina* como revista científica de padrão semelhante às suas congêneres dos grandes centros. Tratava-se de um espaço privilegiado para os médicos do interior que, segundo seu editor, teria incentivado um movimento mais amplo de pesquisa na região, voltado prioritariamente para as doenças regionais. Como se viu, os interesses do editor pela doença de Chagas se refletiram nas páginas da revista, onde publicou boa parte de suas pesquisas. É neste sentido que ambas as trajetórias – a da revista e de seu editor – se confundem, sendo muito difícil separá-las.

## Capítulo 4

### A FACULDADE DE MEDICINA DE GOIÁS: O INTERIOR E AS PATOLOGIAS REGIONAIS EM FOCO

“Vocês, prezados colegas, se constituíram numa plêiade ímpar no interior deste imenso país. Todos os emboras são mesquinhos para incentivar ainda mais esta epopeia que estão escrevendo em letras de ouro. (...) Que vocês continuem, sem desânimo, levando este fogo simbólico pelas futuras gerações de médicos goianos. Goiânia já bem merece uma Faculdade de Medicina que, tenho certeza, será um estabelecimento modelar, estruturado nos moldes atuais em que se fundem as grandes realizações do porvir ”

(RGM/ Recebida – remetida por Alfredo Lima Jr. em 19/01/1959).

A fundação de uma faculdade de medicina em Goiás foi um objetivo perseguido pelos médicos goianos desde a criação de sua associação médica em 1950. Tal meta começou a se concretizar quando, no seio desta instituição, conformou-se uma comissão de ensino médico, especialmente dedicada ao tema. Instituída em 1953, entre os médicos que a integravam não constava inicialmente o nome daquele que viria a ser o principal artífice do projeto, embora sua atuação em favor da causa já fosse notória no seio da AMG. Francisco Ludovico de Almeida Neto só passou a figurar oficialmente entre os membros desta comissão a partir de 1955 – ano em que seu pai José Ludovico de Almeida foi eleito governador de Goiás. Sem esconder as facilidades que tal situação poderia gerar para a criação da faculdade, Almeida Neto, no entanto, não conseguiu evitar os trâmites burocráticos que levariam os goianos a esperarem quase dez anos até que fosse autorizado seu funcionamento em 1960 (Almeida Neto, 2001; Rezende, 2001).

Assim como a maioria dos médicos que atuavam em Goiás, Almeida Neto se formou pela Faculdade Nacional de Medicina em 1950 e se estabeleceu definitivamente em Goiânia dois anos depois. Desde então, em paralelo às suas atividades como clínico, teria se engajado na tarefa de levar para a região uma faculdade de medicina - projeto inicialmente considerado utópico. Exercendo a função de líder do grupo de médicos que estudava a viabilidade da ideia, Almeida Neto realizou algumas viagens ao Rio de Janeiro – então capital da República – em cumprimento a uma série de exigências do governo para que fosse permitida a

instalação de um curso superior de medicina em Goiânia. Ao mesmo tempo, participava de congressos buscando ampliar a visibilidade do projeto e aprimorá-lo por meio das trocas intelectuais com os colegas atuantes em outras regiões, dos quais também esperava obter apoio. Essas experiências, somadas ao estudo *in loco* de alguns modelos curriculares estrangeiros, levaram Almeida Neto à concepção final de como deveria ser a instituição de ensino goiana. Um dos tópicos mais interessantes deste projeto referia-se à obrigatoriedade de os alunos recém-formados atuarem por pelo menos um ano em regiões do estado onde não houvesse médicos. À prestação deste serviço estaria condicionada a obtenção do diploma. Este foi um tema muito caro à Almeida Neto, sempre abordado por ele quando instado a falar sobre a faculdade, mas que muito timidamente saiu do papel.

Esta proposta demonstrava o compromisso dos médicos goianos com a saúde do homem do interior e estava em consonância com as metas do governo desenvolvimentista do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1960). Com ênfase na máxima dos 'cinquenta anos em cinco', Kubitschek visava modernizar o Brasil através da aceleração e do aprofundamento de seu desenvolvimento. Para tanto, era necessário melhorar as condições de vida dos habitantes rurais e, mais decisivamente, combater as endemias que assolavam estas regiões (Almeida Neto, 2001; Vieira, 2007; Hochman, 2009). Segundo Almeida Neto, uma vez que a maioria dos médicos se esquivava destas zonas, fosse pela falta de estímulo e conforto, ou pela falta de uma vida social mais intensa, a ideia de fundar uma faculdade em Goiás deveria englobar também a iniciativa de formar médicos orientados para os problemas específicos da região. Assim, o projeto delineado pelos goianos para o curso de medicina estava em harmonia com as metas estabelecidas pelo governo juscelinista, o que favoreceria sua concretização.

A decisão de transferir a capital para o Planalto Central – meta síntese de Kubitschek – chamou a atenção de todos para o interior do Brasil e despertou naqueles que viviam nestas plagas a esperança de tempos melhores. O otimismo que tomou conta da sociedade durante seu governo atingiu principalmente os goianos, que seriam contemplados com o centro político-administrativo do país

dentro de seu território. Como se viu no capítulo anterior, esse ambiente de grandes expectativas gerado pela construção de Brasília também contagiou os médicos goianos que viram neste bom momento vivenciado pelo estado a chance de concretizar um de seus maiores objetivos. A amizade mantida entre o governador de Goiás e o presidente da República, bem como todas as ações empreendidas por aquele com vias a facilitar a instalação da capital federal no estado, seriam determinantes para garantir o surgimento da Faculdade de Medicina de Goiás apenas alguns dias depois da inauguração de Brasília. Assim, é também neste sentido que se reconhece que o contexto político foi favorável à faculdade goiana, neste caso, beneficiando-a diretamente.

Uma vez instalada, a faculdade de medicina enfrentaria alguns problemas relacionados à sua infraestrutura. Almeida Neto destaca bem este aspecto em seu discurso como paraninfo da primeira turma de formandos, em dezembro de 1965. Na ocasião, ressaltou a coragem dos alunos por terem apostado em um curso sem tradição e peso, enfrentando junto com os professores as dificuldades dos primeiros anos. Os departamentos e disciplinas foram se constituindo ao passo em que o curso avançava, assim como o corpo docente. A falta de recursos dos primeiros anos fez com que muitos professores, goianos ou não, fossem convidados a atuar em regime de colaboração, sem receber nada por isso. Um exemplo marcante de que a estruturação da faculdade avançou de acordo com o andamento do curso foi a conclusão das obras do Hospital das Clínicas – base para a formação dos futuros médicos – somente dois anos após o ingresso da primeira turma no curso. Muitos deles retornariam à faculdade na condição de professores, trabalhando ao lado de seus mestres e promovendo a renovação de seu corpo docente.

Coroando a análise que vem sendo feita neste trabalho acerca do processo de institucionalização da medicina goiana, este último capítulo se divide em duas seções. Seguindo a lógica que foi priorizada nos capítulos anteriores, menos por uma questão de estratégia narrativa do que pela forma como estão trançados os caminhos de determinados personagens e as instituições que ajudaram a consolidar, na primeira seção tecerei um histórico da criação da faculdade pautada

principalmente pela trajetória intelectual de Almeida Neto. Neste sentido, a proposta é acompanhar a biografia deste médico, cuja história está imbricada na da própria faculdade desde que foi escolhido para liderar a comissão encarregada de estudar seu planejamento. Ao receber o título de professor emérito nos anos 80, Almeida Neto foi homenageado com uma placa no prédio central da faculdade onde se afirmava ser aquela “a casa de Francisco” – um registro importante do seu nível de envolvimento com a instituição (Almeida Neto, 2001).

A segunda seção deste capítulo se deterá sobre o período imediatamente posterior à fundação da faculdade, mais especificamente sobre os primeiros anos da instituição, quando se concluiu um ciclo a partir da formatura da primeira turma. Interessa analisar a estrutura do curso, os departamentos que o compuseram, a origem dos professores que o conformaram e as principais pesquisas desenvolvidas. Neste sentido, será considerada a importância da rede constituída pelos goianos, capaz de viabilizar a ida de médicos de outras instituições e regiões do Brasil para ministrar cursos específicos na faculdade, em especial membros da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Almeida Neto, 2001; Rezende, 2001; Rezende & Rassi, 2007). Na medida em que a faculdade goiana passou a se constituir como espaço privilegiado onde se desenvolveriam as pesquisas antes levadas a cabo no interior dos consultórios e clínicas particulares, busco ressaltar que os médicos goianos continuaram interessados nas doenças típicas da região e transformaram unidades da faculdade em centros de referência para o estudo de algumas delas (Rezende, 2001; Almeida Neto, 2001).

A criação da Faculdade de Medicina de Goiás significou, assim, a consolidação da medicina goiana. Garantiu aos médicos da região um espaço no qual poderiam desenvolver, munidos de mais recursos, suas pesquisas majoritariamente clínicas. Por meio desta instituição, os goianos garantiram a reprodução de uma tradição de pesquisas por eles iniciada, voltada para as patologias regionais que mais acometiam o homem do interior. A concretização do projeto da faculdade e seu desenvolvimento posterior foram possíveis não apenas pelas ações empreendidas por um grupo de médicos locais e pelo bom momento político vivenciado pelo estado, mas também pela manutenção do intercâmbio

intelectual com outras regiões do Brasil ao longo de alguns anos. Isso reforça não apenas meu argumento inicial de que o isolamento em que viviam os goianos era bastante relativo, mas também mostra que a pesquisa clínica que levavam a cabo no espaço restrito de seus consultórios alimentou uma rede de conhecimento científico que uniria em sua complexa trama centros e periferias, rendendo frutos muito promissores para ambos os lados.

#### **4.1 ANTECEDENTES DA FACULDADE DE MEDICINA DE GOIÁS E A TRAJETÓRIA DE SEU ARTÍFICE**

“ Em primeiro lugar a região centro-oeste não tinha nenhuma faculdade de medicina. Os alunos de Goiás, da região do Triângulo Mineiro, Mato Grosso do Sul, que queriam estudar tinham que ir para São Paulo ou Rio. As famílias de menos recursos não tinham condições.

Então frustrava muita vocação, o desejo de muitos jovens que queriam estudar. Isso foi a primeira motivação. A segunda motivação: a população em expansão, crescendo muito e os médicos que trabalhavam todos tinham que vir do Rio, de São Paulo, de Belo Horizonte ou da Bahia. O número de médicos era muito deficiente. (...) Então era uma imposição histórica, só que não havia uma decisão política. A Associação Médica lutou desde 1951 até 1960 para conseguir fundar essa faculdade. E ela só saiu porque foi governador José Ludovico de Almeida, no tempo de Juscelino”.

(JMR, 2001, fita 05/lado A).

Até o surgimento no cenário médico goiano da Faculdade de Medicina de Goiás em 1960, poucos haviam sido os cursos superiores na área de saúde instalados no estado. Segundo Freitas (2009), o primeiro deles foi a Faculdade de Farmácia de Goiás, criada por um grupo de farmacêuticos e médicos da antiga capital. Instalada em 1922 nas dependências do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, tinha caráter privado, mas dependia das subvenções do governo para manter-se. Ao lado dela funcionou também uma Faculdade de Odontologia, sobre a qual não existem muitos documentos. Sabe-se apenas que, assim como o curso de farmácia, fechou as portas quando as subvenções do governo deixaram de ser pagas – um reflexo da mudança de governo desencadeada pela revolução de 30. Uma nova faculdade só seria instalada em território goiano em 1945, quando o

Ministério da Educação e Saúde autorizou o funcionamento da Faculdade de Farmácia e Odontologia em Goiânia<sup>105</sup>.

A ideia de uma faculdade de medicina começou a ser gestada pelo grupo de médicos que se organizou em torno da Associação Médica de Goiás em 1950, mais decididamente quando uma comissão de ensino médico foi criada, no biênio 1953-1954, para tratar do assunto. Com base nas atas das reuniões desta sociedade sabe-se que em fevereiro de 1953 uma sessão foi convocada especialmente para abordar o tema, que já vinha sendo estudado pela referida comissão (ata da 77ª sessão – 19/02/1953). Entre as providências que deveriam ser tomadas naquela ocasião estavam: o estabelecimento dos estatutos da nova instituição, a definição de um nome para a faculdade e o encaminhamento de um requerimento ao governador do estado solicitando a doação do terreno para a construção de seus prédios. Todos os tópicos foram aprovados por unanimidade, com exceção daquele relativo ao nome da faculdade, que por sugestão inicial deveria se chamar “Faculdade de Medicina do Brasil Central”.

Ainda sem constar como membro da comissão de ensino médico neste período, Francisco Ludovico de Almeida Neto já vinha se interessando pelo tema da faculdade e colaborando para seus estudos, tendo elaborado inclusive um plano para a mesma já em 1953 (ata da 83ª sessão – 07/04/1953)<sup>106</sup>. Alçado, posteriormente, a uma espécie de líder do grupo responsável por analisar a viabilidade do projeto, uma de suas primeiras providências foi dirigir-se ao Rio de Janeiro em busca de informações. Na Diretoria Geral de Ensino Superior obteve

---

<sup>105</sup> Fundada por farmacêuticos e dentistas, esta faculdade funcionava nas dependências da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. Na década seguinte transferiu-se para sede própria e mais tarde integrar-se-ia à Universidade Federal de Goiás, desmembrando-se em dois cursos independentes. Paralelamente também funcionava na Santa Casa a Escola de Enfermagem, inicialmente de nível médio, mas que evoluiu para curso superior e também passou a constituir uma das unidades da universidade Cf. Freitas, 2009a.

<sup>106</sup> No biênio 1951-1952, Francisco Ludovico de Almeida Neto integrava a comissão de finanças da Associação Médica de Goiás. No biênio seguinte, foi membro da comissão de defesa da classe e somente a partir de 1955 começou a compor oficialmente os quadros da comissão de ensino médico. Em seu livro sobre a Faculdade de Medicina de Goiás, Almeida Neto define o dia 10 de abril de 1953 como o dia em que teria sugerido à AMG a designação de uma comissão específica para tratar da implantação daquela instituição de ensino no estado (Almeida Neto, 2001: 31). As fontes, no entanto, mostram que esta comissão surgiu antes e que, a princípio, ele não era um de seus membros.

orientação a respeito dos documentos necessários para colocar em funcionamento um curso de medicina: relatório mostrando as reais possibilidades do estado de Goiás e a necessidade do curso médico, demonstração da capacidade financeira para o custeio do curso, nome da entidade detentora dos recursos que garantiriam as instalações e o funcionamento regular da faculdade e corpo docente com títulos suficientes para ser aprovado (Almeida Neto, 2001: 32). Os trâmites burocráticos seriam seguidos à risca pelos goianos, conduzidos nesta jornada por Almeida Neto.

Filho único de José Ludovico de Almeida e Iracema Caldas de Almeida, Francisco Ludovico de Almeida Neto nasceu em 22 de fevereiro de 1927 em Itaberaí, cidade que fica a 89 km de Goiânia. Em sua cidade natal frequentou o Grupo Escolar Rocha Lima, dirigindo-se posteriormente para Bonfim (atual Silvânia), onde cursou os três primeiros anos do ginásio. Nos anos 40 concluiu seus estudos no Liceu de Goiânia, cidade recém-inaugurada como capital do estado. Em 1943 foi para o Rio de Janeiro fazer o curso pré-médico e preparar-se para o vestibular da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, onde ingressou em 1945. Pertenceu à mesma turma que Joffre Marcondes de Rezende, médico sobre o qual se falou no capítulo anterior. Logo em seu primeiro ano na faculdade, prestou concurso e foi aprovado como monitor da cadeira de Anatomia Descritiva e Topográfica, cargo que exerceu até o final do curso médico. No quinto ano, por solicitação de um professor, foi transferido para trabalhar na cadeira de Técnica Operatória. Atuou também nos cursos livres de neurologia do professor Antônio Austregésilo Filho, respondendo pelas aulas de Anatomia do Sistema Nervoso (Almeida Neto, 2001).

Ao se formar, em 1950, já havia sido aprovado no concurso para auxiliar acadêmico do Serviço de Emergência da Prefeitura do Rio de Janeiro. Neste ano, no entanto, ganhou uma bolsa de estudos que o levou à Europa e aos Estados Unidos. Com o desejo de especializar-se em neurocirurgia, aceitou o convite do médico Oliver Krüm, membro da Real Academia de Medicina da Suécia e chefe do serviço de neurologia do Royal Hospital, que esteve no Brasil no final de 1950. Escolhido para acompanhar o ilustre visitante em sua jornada pela cidade acabou recebendo uma proposta para trabalhar em seu serviço de neurologia em Estocolmo. A ideia



inicial era permanecer na cidade por quatro anos, mas Almeida Neto não se adaptou ao clima e teve dificuldades com o idioma, já que nem todos falavam inglês. Desistiu da neurologia e rumou para Nova Iorque, onde atuou por quase um ano no Memorial Hospital, especializando-se em Cirurgia Geral (Godinho, 2005; Universidade Federal de Goiás: um sonho de estudante, 2008).

No final de 1951 Almeida Neto voltou para o Brasil disposto a fixar-se definitivamente no Rio de Janeiro, onde, além do cargo na prefeitura, havia recebido convite para trabalhar como auxiliar de ensino na cadeira de Técnica Operatória da Faculdade Nacional de Medicina. Seria o início de sua carreira como professor de uma renomada faculdade se não tivesse sido convencido por sua mãe a voltar para Goiás e retribuir à sua terra tudo o que havia conquistado e aprendido (Almeida Neto, 2001: 26). Pensando no conselho de sua mãe, entre os anos de 1951 e 1952 Almeida Neto deu continuidade à sua formação médica em Cirurgia Geral e Medicina Clínica no Rio de Janeiro para chegar mais bem preparado para exercer a profissão no interior – “era assim que Goiânia era considerada naquele tempo” (Almeida Neto, 2001: 27). Chegou nesta cidade em 1952 e assim como muitos outros, atuou inicialmente na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e, pouco tempo depois, no Instituto Médico-Cirúrgico, que ele adquiriu de Altamiro de Moura Pacheco (seu antigo proprietário)<sup>107</sup>.

Integrado na Associação Médica de Goiás desde 1951, embora só tivesse se estabelecido em Goiânia definitivamente a partir do ano seguinte, no final de 1953 Almeida Neto já tinha em mãos o anteprojeto para a instalação da faculdade de medicina. Seus estatutos foram debatidos em sessão convocada em caráter extraordinário e aprovados por unanimidade (ata da 9ª sessão extraordinária da AMG – 19/11/1953). Entre os pré-requisitos exigidos pelo governo, como se viu, estava a necessidade de constituição de uma fundação com patrimônio condizente com o tamanho do empreendimento, capaz de custeá-lo. Desde o início algumas

---

<sup>107</sup> Entre 1953 e 1958 Almeida Neto também foi professor interino de Medicina Legal da Faculdade de Direito de Goiás, tendo se preparado para tal no Instituto Médico-Legal no Rio de Janeiro, no Instituto Nina Rodrigues em Salvador e no Instituto Oscar Freire em São Paulo (Almeida Neto, 2001: 207).

instituições mostraram-se dispostas a emprestar seu patrimônio para o que viria a ser a Fundação Faculdade de Medicina de Goiás – entidade que só seria criada, de fato, em 1959. A Sociedade São Vicente de Paulo foi uma delas e, por isso, os goianos julgavam que ela deveria ser priorizada no planejamento desta fundação, embora a cooperação de outras entidades também fosse bem-vinda (ata da 99ª sessão – 30/03/1954).

Na *Revista Goiana de Medicina*, o tema da faculdade surgia constantemente, especialmente na seção ‘Noticiário’. Por ela percebe-se que as mudanças na diretoria da AMG, que aconteciam a cada dois anos, não arrefeceram o trabalho dos goianos visando concretizar aquele ideal. Pelo contrário, nos discursos de posse dos novos presidentes, a faculdade sempre aparece como uma das metas a cada novo mandato que se iniciava (Noticiário, 1955; Noticiário, 1956b; Noticiário, 1957a; Noticiário, 1959a). Almeida Neto permaneceu liderando este movimento ao longo de quase dez anos, sempre preocupado em atrair simpatizantes para a causa goiana. A Associação Médica Brasileira foi uma das instituições que apoiou a ideia. Isso ficou registrado por ocasião de uma reunião da comissão de saúde pública da entidade, realizada em meados de 1953 em Goiânia (ata da 2ª sessão da Comissão de Saúde Pública da AMB – 31/05/1953). O objetivo dessas reuniões era encaminhar ao governo federal algumas recomendações relativas ao problema da saúde pública no Brasil. Uma delas versou justamente sobre a faculdade de medicina goiana, considerada de utilidade já que visava “suprir de médicos as localidades do interior do Estado e do país” (ata da 2ª sessão da Comissão de Saúde Pública da AMB – 31/05/1953).

Além da AMB e da Igreja, representada pela Sociedade São Vicente de Paulo, os goianos contavam também com o apoio do governo, dos jornais, do Rotary Clube e do rádio (Almeida Neto, 2001). A participação no I Congresso Médico da Associação Médica Brasileira foi, assim, uma oportunidade de divulgar ainda mais o projeto e conquistar aliados além das fronteiras do estado. Realizado em Ribeirão Preto em outubro de 1956 como parte das comemorações pelo primeiro centenário daquela cidade, sua finalidade era “indicar às autoridades e aos poderes constituídos o pensamento e os anseios da classe” (Editorial, 1956:151). Os temas

selecionados para debate foram ensino médico, assistência médica urbana, assistência médica rural e socialização da medicina. Embora convidado pelo presidente do certame como uma distinção que os dirigentes da AMB desejavam fazer a seu pai – então governador de Goiás – Almeida Neto falou como representante da AMG e responsável pelos estudos preliminares para a fundação da faculdade de medicina goiana (Almeida Neto, 2001: 33).

O trabalho apresentado intitulava-se “Ensino Médico e Assistência Médica Rural” e, uma vez publicado nas páginas da RGM em 1957, deu ainda mais visibilidade ao tema. Sua primeira parte conformava o projeto oficial de criação, fundação e instalação da faculdade, construído a partir de dados concretos da situação em que se encontrava o estado com relação à assistência médica. Almeida Neto afirmava que embora muito se falasse de assistência médica rural, nada de realmente positivo existiria a respeito no estado. Julgava que o Sistema Itinerante de Saúde (SIS), abordado no primeiro capítulo desta tese como iniciativa inovadora da Secretaria de Saúde do Estado a partir de 1951, não seria a solução para o problema. Com isso em vista, os estudos para criação de uma faculdade na região teriam desde o início buscado relacionar o funcionamento do curso médico e o problema regional da saúde do homem do interior. Entre os temas abordados no trabalho/projeto estavam o desinteresse dos médicos pelas zonas rurais, a solução representada pelas faculdades de medicina e a obrigatoriedade do ano de estágio em regiões onde não houvesse médicos.

De acordo com os dados apresentados por Almeida Neto na ocasião, 74 dos 126 municípios goianos não possuiriam um só médico neles radicados, calculando-se em cerca de 700.000 habitantes a população que se encontrava sem assistência médica (Almeida Neto, 1957: 33). Segundo ele, o desinteresse dos médicos pelo interior seria plenamente justificável:

*“(...) Quem conhece a vida de uma cidade do interior do Brasil, sabe que a rotina consome todo aquele que ali se fixa e as condições de existência de sua população, estão muito aquém daquelas a que nos acostumamos durante a nossa formação profissional, vivendo em centros de maiores recursos. A carência de luz elétrica, de água canalizada e de ambiente hospitalar e mesmo a falta de uma vida social mais intensa, são condições que amedrontam os moços acostumados ao asfalto. Por outro lado, também a ideia de isolamento e da*

*rotina faz, com justa razão, que o recém-saído da Escola, cheio de planos para o futuro, não se sinta encorajado para enfrentar regiões inóspitas. Pode alguém condenar os médicos por pensarem e agirem dessa maneira, esquivando-se do interior? Achamos que não. Mas, por sua vez, podemos nos conformar com esse estado de coisas e deixar perdurar o completo desprezo pela saúde do homem rural? Não (...)*” (Almeida Neto, 2001: 34-35).

A solução para este problema estaria então nas faculdades de medicina. Na ocasião, Goiânia contava com 130 médicos e vários hospitais, o que Almeida Neto considerava ser um ambiente universitário quase completo, faltando apenas a instalação do curso de medicina que, naquela região, teria uma finalidade acima das demais: “dar às populações do interior do Estado profissionais para uma assistência médica efetiva” (Almeida Neto, 1957: 35). Na sequência de seu trabalho o autor define uma série de características desta faculdade (como seriam escolhidos os candidatos, a seleção do corpo docente, carga horária, etc.) e a maneira como seria constituída sua entidade mantenedora – uma das exigências do governo. Naquela época, além da Sociedade São Vicente de Paulo, outras organizações já haviam entrado em entendimento com a AMG para colaborar com a futura sociedade, como por exemplo, a Arquidiocese de Goiás.

Os dois últimos tópicos abordados pelo autor no trabalho apresentado no congresso de Ribeirão Preto referem-se às zonas de saúde e à obrigatoriedade do ano de estágio no interior. Com relação a esta última questão, Almeida Neto ressaltava que o aluno poderia se recusar a cumprir essa exigência, mas só receberia o diploma caso pagasse uma espécie de multa referente aos custos com sua manutenção ao longo do curso. Segundo Almeida Neto, “essa exigência fazia com que o médico se tornasse mais maduro, mais corajoso, além de sentir que estava devolvendo, em trabalho digno, o que a sociedade havia gasto para a sua formação” (Almeida Neto, 2001: 33). A ideia da divisão do estado em zonas de saúde buscava justamente evitar que, ao prestar assistência no interior, o médico ficasse isolado em paragens longínquas. Assim, cada uma dessas zonas contaria com um hospital regional equipado para diagnósticos e tratamentos de rotina e de urgência. Casos de maior especialização seriam encaminhados ao Hospital Geral de Goiânia.

Segundo Almeida Neto, ao ser apresentado no congresso de Ribeirão Preto este trabalho recebeu “as mais desfavoráveis críticas” e foi considerado utópico: “a opinião geral foi a de que, embora outros países já o tivessem posto em execução, aqui no Brasil seria impossível, até mesmo em São Paulo” (Noticiário, 1960a: 196). Para chegar ao texto final do projeto, Almeida Neto buscou conhecer pessoalmente algumas escolas de medicina como as de Cali e Medellín, na Colômbia, patrocinadas pela Fundação Rockefeller, e a Faculdade de Medicina da Universidade Litoral do México (Almeida Neto, 2001: 32; Faculdade de Medicina: uma missão de família, um ideal coletivo, 2008: 11). A prestação de serviço pelos alunos no ano seguinte ao de sua formatura em locais onde não houvesse assistência médica, por exemplo, fazia parte do currículo dos mexicanos desde 1936. Instituído durante o governo de Lázaro Cárdenas (1934-1940), fazia parte do plano de reforma social por ele implementado e buscava não apenas enfrentar a distribuição desigual de médicos no país, mas também ‘socializar’ médicos estritamente urbanos com os problemas rurais e aumentar a presença do Estado nestas regiões. Em 1944 a obrigatoriedade deste serviço desdobrou-se em artigo constitucional, expandindo-se para todas as profissões de saúde e tornando ilegal esquivar-se dessa responsabilidade social (Laveaga, 2013a; 2013b)<sup>108</sup>.

De acordo com Almeida Neto, estudar estas experiências de ensino no exterior teria contribuído para o aperfeiçoamento do projeto goiano. As críticas recebidas não interferiram na proposta original e a ideia de formar médicos para o interior se manteve como uma prerrogativa importante e da qual seu autor não abria mão. Vale ressaltar, no entanto, que este tópico específico que previa a prestação de serviço pelos alunos em cidades onde não houvesse médicos não sairia do papel – pelo menos não da maneira planejada originalmente, como se verá na próxima seção deste capítulo.

---

<sup>108</sup> Embora concentre seus estudos entre as décadas de 30 e 50, Laveaga informa que em 1979 um total de 66.526 estudantes de medicina já havia participado deste programa social. A partir dos relatórios produzidos por estes médicos recém-formados, Laveaga analisa o peso de imagens pré-concebidas sobre a população rural mexicana – em sua maior parte indígena – que impediam que estes jovens questionassem as raízes da pobreza, da doença e da fome que os acometiam. Assim, seus relatos acabavam por reforçar preconceitos urbanos que culpavam os mexicanos residentes nestas regiões por suas próprias mazelas. (Cf. Laveaga, 2013a; 2013b).

Dando sequência às etapas necessárias para a criação da faculdade, tal como instituídas pelo governo, em 23 de março de 1957 foi fundada a Associação Pró-Faculdade de Medicina de Goiás. Tratava-se de uma sociedade civil sem fins lucrativos cujo objetivo era conseguir meios para a instalação e manutenção do curso médico. A sessão de sua instalação teve lugar no Clube Universitário, em Goiânia, sob os auspícios da AMG. Como presidente da associação na ocasião, Luiz Rassi agradeceu a solidariedade das classes universitárias que vinham apoiando a iniciativa goiana e salientou o trabalho de Almeida Neto “que tudo tem feito no sentido de propagar a ideia e conseguir adeptos, principalmente entre os responsáveis pelo ensino superior e pela saúde pública em nosso país” (Noticiário, 1957b: 133). A diretoria da nova entidade foi eleita e Almeida Neto foi escolhido como seu presidente.

Demonstrando o empenho dos médicos goianos em transformar o projeto em realidade, bem como a importância do intercâmbio mantido com médicos atuantes em outras regiões, três meses depois de instalada a Associação Pró-Faculdade o professor Liberato Di Dio, anatomista e catedrático do Departamento de Anatomia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, foi convidado para uma visita a Goiânia. Considerado um grande estudioso das questões relacionadas ao ensino médico, teria prestado “com sua presença e orientação um grande serviço à Associação Médica de Goiás, que há muitos anos vem batalhando pela instalação em Goiânia de uma Faculdade de Medicina de alto padrão” (Noticiário, 1957c: 214). Di Dio teria abordado temas relacionados à sua especialidade, mas o “tema do momento” era a faculdade e foi considerada durante a conferência intitulada “Plano geral para constituição de uma escola médica” (Noticiário, 1957c: 215), na qual foram debatidas também as dificuldades deste tipo de empreendimento:

*“(...) Suas palavras, longe de nos desanimar, vieram ao encontro de nossas aspirações, pois, desde 1952, o assunto vem sendo estudado com carinho e, não fora a preocupação dominante em fundar-se uma Escola de alto padrão, teríamos recorrido, não ao estudo aprofundado da questão, não ao Prof. Di Dio e à Associação Médica Brasileira, e sim aos políticos que, sem dúvida, já se teriam apressado em criar mais uma Faculdade, pois Goiânia, com mais de uma centena de médicos em atividade, com Faculdades de Direito, de Farmácia e Odontologia,*

*de Filosofia, de Ciências Econômicas, Escola de Engenharia, de Belas Artes, de Enfermagem, oferece por certo condições superiores às de outras cidades onde se instalaram ultimamente Faculdades de Medicina (...)*" (Noticiário, 1957c: 215).

A concretização do projeto da faculdade se tornou mais próxima quando em abril de 1959 fundou-se, finalmente, a Sociedade Faculdade de Medicina de Goiás em Assembleia Geral convocada pela AMG. Entre os membros de sua diretoria estavam Altamiro de Moura Pacheco (presidente), Rodovalho Mendes Domenici (tesoureiro) e Francisco Ludovico de Almeida Neto (diretor da Faculdade). Segundo notícia que circulou na revista médica goiana, o início do curso médico estava praticamente certo para 1960. O otimismo se justificava: o processo burocrático estava no fim e o projeto, após passar por diversas comissões havia sido encaminhado para o Conselho Superior de Educação, que daria o aval final. Ao passo em que os demais membros da diretoria da sociedade trabalhavam para caracterizar legalmente as doações feitas pelo Estado e outros bens e rendas que haviam sido adquiridos em função do patrimônio que era necessário constituir, Almeida Neto acompanhava o andamento do processo no Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Embora a Sociedade São Vicente de Paulo e a Arquidiocese de Goiás estivessem entre as primeiras entidades a se manifestar positivamente com relação ao empréstimo de seu patrimônio para a viabilização da faculdade, como se viu inicialmente, o Estado acabou sendo chamado a participar do projeto. Isso aconteceu em virtude do interesse dos médicos goianos em criar uma faculdade que posteriormente pudesse ser federalizada, tendo em vista os altos custos que demandariam sua manutenção<sup>109</sup>. Nas reuniões da AMG a questão foi debatida e

---

<sup>109</sup> De acordo com Silveira, a possibilidade de a Igreja garantir o patrimônio da futura faculdade gerou um impasse no seio das reuniões da AMG. Puig Serra, médico espanhol que havia vivenciado a ditadura franquista, se posicionou contrariamente por pensar no ensino retrógrado que o clero poderia impor à instituição. A discussão teria formado então dois grupos: um clerical e outro anticlerical. Ao final, o desinteresse dos religiosos na proposta de posterior federalização da faculdade de medicina fez com que a Igreja se afastasse do projeto (Silveira, 1997). Vale ressaltar que, neste mesmo ano de 1959, a Igreja esteve envolvida com a criação de uma universidade católica em Goiás, o que se concretizou em outubro de 1959 quando foi aprovado o funcionamento da Universidade do Brasil Central (transformada nos anos 70 em Universidade Católica de Goiás). Cf. Universidade Federal de Goiás: um sonho de estudante, 2009.

Peixoto da Silveira, na ocasião em seu segundo mandato como secretário de saúde do estado, considerou a hipótese de o governo do Estado emitir apólices e doá-las para a sociedade mantenedora da faculdade. Para tanto, recorreu ao então governador José Feliciano Ferreira (no cargo desde janeiro de 1959), que prontamente teria acatado a solução. Assim, em poucos dias estava aprovada a lei, votada pela Assembleia Legislativa, que autorizava o Estado a emitir 25 milhões de cruzeiros em apólices para serem doadas à Sociedade Faculdade de Medicina (Silveira, 1997; Noticiário, 1960a). Dessa forma, o problema de constituição do patrimônio estava resolvido.

Um convênio firmado entre a Sociedade Faculdade de Medicina de Goiás e o Governo do Estado em junho de 1959, por meio da Secretaria de Saúde e Assistência, garantiu também o hospital que serviria de base para a faculdade, no caso, o Hospital Geral de Goiânia. Como se viu no primeiro capítulo, ao assumir como secretário de saúde em 1951, Peixoto da Silveira encontrou as obras desta instituição paralisadas. Uma de suas metas foi então retomar a construção deste que seria “o maior estabelecimento hospitalar do Brasil Central” (Algumas notas da imprensa, 1952: 95). Destinado a atender não somente a capital, mas também todo o estado, após uma revisão de seu projeto e algumas alterações consideradas necessárias em função do terreno irregular no qual estava instalado, suas obras foram reiniciadas. Desde então já se cogitava ser este hospital base para a fundação de uma escola de medicina em Goiás e os mais otimistas achavam que ele entraria em funcionamento dentro de dois anos (Algumas notas da imprensa, 1952: 89).

As obras deste hospital, no entanto, só seriam concluídas no segundo mandato de Silveira. Segundo ele, as verbas para equipar e instalar o hospital estavam sendo providenciadas dentro de um cronograma normal, mas em função da faculdade de medicina, que passou a depender somente do hospital para iniciar seu funcionamento, o governo teve que acelerar o processo, tornando-o prioridade (Silveira, 1997: 135). Em tramitação normal, a aquisição do material e a organização do quadro de pessoal seriam muito demoradas. Contando com a colaboração de uma equipe encarregada da seleção e treinamento do pessoal, auxiliada por um dos membros da AMG – Geraldo Pedra – em curto prazo ficou



pronto aquele que viria a ser o Hospital das Clínicas de Goiânia (Silveira, 1997: 123).

No Ministério da Educação e Cultura Almeida Neto acompanhava o andamento do processo que, embora tivesse chegado ao Conselho Superior de Educação em julho de 1959, levaria até outubro para ser inscrito em pauta regular de reunião. No mesmo mês o professor Otto Bier, da Escola Paulista de Medicina, foi destacado como seu relator. Em função de sua demora na devolução do processo, Almeida Neto solicitou o auxílio de Paulo da Silva Lacaz. Professor de Bioquímica dos tempos em que Almeida Neto ainda frequentava o curso médico no Rio de Janeiro, Paulo Lacaz era irmão de Carlos Lacaz que, por sua vez, tinha mais acesso a Otto Bier tendo em vista que ambos trabalhavam em São Paulo. Como fruto dessa interferência, o relatório foi entregue em dezembro daquele ano. Sem o quórum mínimo exigido para aprovação do funcionamento de faculdades, que seria de 2/3 do total dos membros do Conselho, a votação foi adiada.

O calendário do ano letivo de 1960 fixava o mês de março para início das aulas. Tendo isso em vista, Almeida Neto se lançou em uma campanha que contou com o apoio dos goianos residentes no Rio de Janeiro para garantir que houvesse o quórum necessário no Conselho Superior de Educação para a aprovação da proposta. Em suas memórias sobre o episódio, Almeida Neto conta que na porta da casa de cada um dos membros da comissão havia um goiano com um táxi à espera para garantir que a pessoa fosse à reunião. A estratégia deu certo, a reunião do Conselho atingiu o quórum necessário e os goianos obtiveram a aprovação para o início do curso. Com esse resultado nas mãos, Almeida Neto procurou Jurandir Lodi, então Diretor de Ensino Superior do MEC, para que ele estabelecesse um calendário especial para o vestibular, uma vez que não seria possível cumprir o original. Diante de sua recusa, Almeida Neto recorreu ao pai, José Ludovico de Almeida e pediu que em nome da amizade que ele mantinha com Juscelino Kubitschek que intercedesse a favor da faculdade.

Cabe ressaltar que enquanto governador de Goiás, entre os anos de 1955 e 1959, José Ludovico de Almeida havia sido peça importante da efetivação da mudança da capital federal. Coube a ele baixar um decreto declarando ser de

utilidade pública toda a área destinada ao futuro distrito federal em abril de 1955, acatando um pedido do então presidente da Comissão de Localização da Nova Capital Marechal José Pessoa. Para facilitar ainda mais o andamento dos trabalhos, o estado de Goiás criou em outubro de 1955 a Comissão de Cooperação para Mudança da Capital, presidida pelo médico Altamiro de Moura Pacheco e que contava entre seus participantes com José Peixoto da Silveira, naquele momento atuando como Secretário da Fazenda do Estado, além de outros médicos, jornalistas, agrônomos, industriais e comerciantes. Tal comissão tinha como objetivo a desapropriação por baixos preços de grandes áreas do Distrito Federal, e contribuiu enormemente para tornar possível a meta mudancista do governo Kubitschek (Vieira, 2007; 2009; Pacheco, 1982; Vasconcelos, 1969).

Neste sentido, em nome da amizade e das facilidades encontradas pelo presidente para concretizar sua meta síntese, viabilizadas durante seu governo, José Ludovico interferiu e garantiu o início do curso ainda naquele ano. Kubitschek assinou o decreto que permitia o funcionamento da faculdade em 07 de abril de 1960 e concedeu a autorização para realização do primeiro vestibular<sup>110</sup>.

Entre 18 e 20 de abril foi realizado o exame vestibular, que contou com 179 inscritos para 30 vagas. Na lista de aprovados, no entanto, figuraram 33 nomes por conta de uma manobra que garantiu que três alunos com resultados semelhantes pudessem frequentar o curso. Constituído por 16 professores, o corpo docente havia sido aprovado pelo MEC cerca de dois meses antes do início das aulas, marcadas para 24 de abril. Faziam parte dele: Javier Puig Serra (histologia e embriologia), José Salum (bioquímica), Jarbas Doles (anatomia patológica), William Barbosa (propedêutica médica), Jorge Guanaes Dourado (fisiologia e pneumologia), Francisco Ludovico de Almeida Neto (cirurgia experimental), Luiz Rassi (clínica cirúrgica), Jonas Aiube (pediatria e puericultura), Georhton Philocreon (ginecologia), Geraldo Pedra (ortopedia e traumatologia), Francisco

---

<sup>110</sup> Segundo Rezende (2001), outra exigência do MEC para o pleno funcionamento da faculdade de medicina era que se organizasse uma biblioteca com o mínimo de 1000 títulos. Sem recursos para tal, a solução foi realizar uma campanha incentivando os médicos goianos a realizarem doações. Assim, a biblioteca da faculdade de medicina de Goiânia se constituiu a partir da doação de livros e acervo de duplicatas de médicos locais e de outras faculdades, principalmente da Faculdade de Medicina da USP (Rezende, 2001: 99).

Ayres (oftalmologia), Manoel dos Reis e Silva (otorrinolaringologia), Osvaldo Vilela Garcia (fisiologia), Alfredo Paes (neurologia), Geraldo Brasil (psiquiatria), Benedito Soares de Camargo Jr. (medicina legal e do trabalho) (Almeida Neto, 2001: 45).

A solenidade de inauguração contou com uma missa celebrada pelo arcebispo de Goiânia, bênção do prédio da faculdade, instalação do curso no auditório do Instituto de Educação e uma aula inaugural celebrada por Áttila Gomes de Carvalho, na época, diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais. Entre os presentes estavam o governador José Feliciano Ferreira e o então senador Pedro Ludovico Teixeira. Na ocasião discursaram Eduardo Jacobson (presidente da AMG), José Peixoto da Silveira (Secretário da Saúde e Assistência) e Francisco Ludovico de Almeida Neto (Diretor da Faculdade) – estes dois últimos transcritos na RGM (Noticiário, 1960a).

É importante salientar que tanto os discursos proferidos na ocasião quanto a aula inaugural estiveram marcados pelos temas saúde e desenvolvimento. Este aspecto merece ser enfatizado porque mostra como os objetivos dos médicos goianos estiveram em consonância com a plataforma de governo do período. Conforme foi possível abordar anteriormente, no capítulo que versou sobre os congressos médicos regionais, as relações entre saúde, pobreza e doença estavam em pauta nos discursos de grandes personalidades desde que a II Guerra Mundial terminou. Estimulados pelo otimismo sanitário que se seguiu à descoberta e aplicação de vacinas e antibióticos, esperava-se ser possível quebrar o ‘círculo vicioso da pobreza’ lançando mão destas novas conquistas da ciência. Nestes debates de âmbito internacional, as doenças apareciam como óbices do desenvolvimento na medida em que debilitavam o organismo humano e interferiam na sua produtividade. Assim, a escolha das endemias rurais como alvo principal das políticas de saúde pública durante o governo de Kubitschek pode ser considerada como um reflexo destas discussões.

A Faculdade de Medicina de Goiás surgiu em um momento bastante propício não apenas em razão da amizade entre o ex-governador do estado e o presidente da República, mas também porque a plataforma política do momento se coadunava com as propostas dos goianos ao definirem um currículo para o curso

de medicina focado nas patologias regionais e preocupado em formar médicos para atuarem no interior do Brasil. Sendo assim, o combate às endemias rurais, a elevação dos níveis de vida do trabalhador rural e o soerguimento econômico do interior – metas definidas no *Programa de Saúde Pública* de Kubitschek (1955) – estavam subentendidas no projeto da faculdade goiana, como bem enfatizou Almeida Neto em seu discurso:

*“(...) Vimos surgir Goiânia e agora a arrancada de Brasília veio aumentar a nossa esperança, pois a criação da Faculdade de Medicina nos moldes do plano previsto se enquadra perfeitamente na luta contra o subdesenvolvimento, em tão boa hora encetada pelo eminente presidente Juscelino Kubitschek. Enquanto o governo abre estradas, promove o aumento do nosso potencial hidrelétrico e realiza toda essa grande obra administrativa de emancipação a que estamos assistindo, cumpre-nos o dever de promover os meios necessários a dar assistência efetiva ao nosso homem do interior, “célula mater” dessa estrutura socioeconômica que está sendo levantada (...)”* (Noticiário, 1960a: 197).

Em 1960 Goiás contava com 179 municípios e destes, apenas 81 possuíam médicos residentes. Peça-chave na engrenagem que deveria ser capaz de restaurar a saúde do trabalhador rural, o plano de formar médicos para atuarem no interior estava em perfeita sintonia com o que almejavam os poderes públicos. Além disso, somava com os esforços de solucionar o problema da carência de médicos e de sua má distribuição no país (Noticiário, 1960a). Tendo em vista o diferencial do currículo da faculdade goiana, os alunos deveriam estar preparados para enfrentar os problemas mais comuns na região. Foi o que ressaltou Carvalho em sua aula inaugural, intitulada “Saúde e Desenvolvimento”:

*“(...) A Faculdade de Medicina de Goiás inicia hoje as suas atividades. Ela foi feita para o estudante goiano tornar-se um médico que exercerá as suas atividades, preferentemente, em Goiás. Ela não foi formada para preparar médicos para São Paulo, Rio de Janeiro ou outros centros do país que não têm só uma, mas diferentes faculdades de medicina em funcionamento. Assim, ela tem de lidar com o estudante goiano e para ele preparar currículos de maneira mais realista e racional (...) E tudo isso de modo a integrar o futuro médico no seu meio ambiente, ensinando-o a resolver, e bem, os problemas médicos que irá mais comumente encontrar nessa região (...)”* (Carvalho, 1960: 333).

E muitos eram estes “problemas médicos”. A situação sanitária do estado de Goiás, como vem sendo mostrado ao longo da tese, era bastante complexa. Entre as doenças que mais grassavam na região estão quase todas as endemias rurais descritas no programa de saúde pública de Kubitschek (1955). Assim, entre os problemas que os recém-formados poderiam encontrar estavam a malária, a doença de Chagas, a hanseníase, a leishmaniose, a esquistossomose, o bócio endêmico, a tuberculose e o pênfigo foliáceo – esta última não listada pelo então candidato à presidência da República em seu programa. O combate a algumas delas pelos órgãos públicos já havia se iniciado, em alguns casos em decorrência da cobrança contínua dos médicos goianos através de seus canais de expressão, ou seja, por meio dos congressos médicos, de sua associação ou de seu periódico. Para algumas enfermidades foram adotadas medidas mais eficazes; para outras, soluções paliativas. O interesse por algumas delas no seio da faculdade goiana transformaria alguns de seus setores em centros de referência reconhecidos internacionalmente.

#### **4.2 “A CASA DE FRANCISCO”: PRIMEIROS ANOS E PERSPECTIVAS FUTURAS**

“Esta formatura significa o ocaso definitivo de uma época em que a cultura era privilégio do litoral e a grande extensão de nosso imenso País servia apenas para produzir matéria prima destinada aos grandes centros urbanos; esta solenidade marca o início de uma nova fase na história da civilização brasileira, em que maiores esperanças se descortinam para os nossos irmãos desvalidos destes imensos sertões, que há quatro séculos sobrevivem heroicamente, lutando sozinhos contra as doenças, o atraso e o pauperismo. Este o grande significado desta formatura: o da interiorização do progresso e da cultura em nosso País”

(Rezende, 2001: 207).

O trecho acima é parte do discurso proferido por Joffre Marcondes de Rezende na solenidade de despedida da primeira turma de formandos da Faculdade de Medicina de Goiás, em dezembro de 1965. Médico que esteve à frente de um projeto editorial bem-sucedido, como se viu no capítulo anterior, e que atuaria como professor da referida faculdade, sendo chefe do Departamento de Clínica Médica entre 1962 e 1968, suas palavras entusiasmadas não deixam

entrever as dificuldades vivenciadas pela instituição em seus primeiros anos de funcionamento. Tampouco fazem suspeitar que o aspecto mais original e inovador de seu currículo, qual seja, a obrigatoriedade de recém-formados atuarem por um ano em regiões do interior, não saiu do papel. O interesse e o compromisso com os problemas típicos da região, que dariam lugar a pesquisas bastante promissoras no seio da faculdade, no entanto, permitem que se compreenda o traço de otimismo contido neste discurso. Afinal, tratava-se muito mais de uma projeção futura dos frutos que a nova instituição de ensino poderia gerar do que da consolidação de objetivos outrora almejados; muito mais de esperanças do que de certezas.

Logo no primeiro ano do curso, em 1960, o diretor da faculdade Almeida Neto foi obrigado a adotar medidas emergenciais para solucionar o problema da inexistência de salas de aula adequadas aos laboratórios. Segundo Rezende, a escassez de recursos neste período levou a diretoria a optar pela construção de uma série de pavilhões sobre alicerces já existentes, em uma área ainda não construída do hospital que serviria de base à faculdade (Rezende, 2001: 228-229). Essa estrutura de 'pavilhões' permaneceria como modelo no decorrer dos primeiros cinco anos, sendo montados de acordo com a criação dos cursos e departamentos (Freitas, 2009a). A parte já construída do Hospital Geral de Goiânia, entregue pela Secretaria de Saúde e Assistência do Estado em caráter de convênio com a entidade mantenedora da faculdade, também apresentava problemas. Sucessivas reformas e adaptações garantiram seu funcionamento a partir de 1963 e as disciplinas da fase clínica e hospitalar puderam ser ministradas regularmente, embora já houvesse um convênio com a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia dando suporte neste sentido.

Contando com a colaboração do governo do Estado para efetuar estas obras emergenciais e temporárias, a faculdade conseguiu disponibilizar em seu primeiro ano de funcionamento, dedicado às disciplinas básicas, duas salas para aulas teóricas e dois laboratórios: um de histologia e embriologia (montado com o auxílio de Áttila Gomes de Carvalho) e outro de anatomia (sala de dissecação). Para o ensino dessas disciplinas foram contratados os médicos Enzo Nesci, do Instituto de Anatomia Humana Normal da Faculdade de Medicina da Universidade de

Messina (Itália), Raul Conde, que havia sido assistente de Liberato Di Dio no Departamento de Anatomia da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, e Javier Puig Serra, ex-anátomopatologista do serviço do professor Deolindo Couto na Faculdade Nacional de Medicina (RJ). Os dois primeiros haviam sido indicados pelo professor Di Dio e foram contratados em regime de tempo integral.

Paulo da Silva Lacaz, catedrático da Faculdade Nacional de Medicina, teria sido um dos principais orientadores dos goianos nesta fase de estruturação das cadeiras básicas. Seu engajamento e “espírito de colaboração” com o projeto educacional goiano que se iniciava se refletiu na atitude de liberar seu auxiliar e livre-docente em Bioquímica, José Salum, para lecionar em Goiás (Almeida Neto, 2001: 49). As cadeiras de clínica, cirurgia e especialidades inicialmente foram preenchidas apenas formalmente por membros da AMG. Como se viu na seção anterior, estes médicos integraram uma lista com 16 nomes apresentada ao MEC como um dos pré-requisitos para o funcionamento da faculdade. Segundo Silveira, os médicos da associação goiana teriam emprestado seus nomes “desinteressadamente” e “aberto mão de fazer uso de qualquer referência profissional do título de professor, até que, por meio de concurso, se habilitassem às suas cadeiras” (Noticiário, 1960a: 194). Sua nomeação oficial só aconteceria em dezembro de 1961, após a faculdade ser incorporada à Universidade Federal de Goiás<sup>111</sup>.

O intercâmbio mantido pelos médicos goianos ao longo de todo o período analisado nesta tese, reforçado em oportunidades como os congressos médicos

---

<sup>111</sup> A possibilidade de implantação de uma universidade federal em Goiás se tornou mais concreta durante o governo de Jerônimo Coimbra Bueno (1947-1950), quando o projeto da Universidade do Brasil Central foi encaminhado para votação da Assembleia Legislativa em cumprimento a uma promessa de campanha. Embora tenha sido aprovado em 1948, o projeto não saiu do papel por conta da falta de recursos. Desde então um grupo estudantil iniciou uma forte mobilização e oficializou a Frente Universitária Pró-Ensino Federal em 1959. No final deste ano o movimento ganhou o apoio do diretor da Faculdade de Direito Colemar Natal e Silva, que viria a ser o primeiro reitor da Universidade Federal de Goiás. Em função de seu empenho o projeto se concretizou e em 14 de dezembro de 1960 Juscelino Kubitschek participou da solenidade oficial da assinatura do decreto no Palácio do Governo, em Goiânia (Cf. Universidade Federal de Goiás: um sonho de estudante, 2008). Neste mesmo ano a faculdade de medicina foi incorporada à universidade, ao lado da Faculdade de Direito, da Escola de Engenharia do Brasil Central, da Faculdade de Farmácia e Odontologia de Goiás e do Conservatório Goiano de Música.

regionais e por meio de colaborações em pesquisas publicadas nas páginas da revista médica goiana, se refletiria na montagem do curso. A partir de 1961 alguns professores foram convidados para dar cursos específicos em regime de colaboração. O primeiro deles foi Astolpho Ferraz de Siqueira, do Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, que ministrou o primeiro curso de parasitologia da faculdade goiana. No ano seguinte, o mesmo curso seria dado por outro membro daquele departamento, no caso, Francisco Ferriolli Filho. Do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da mesma faculdade paulista viria ainda o professor Nagib Haddad, que ministrou em 1963 o primeiro curso de higiene e medicina preventiva (Almeida Neto, 2001).

Como foi possível observar, especialmente no capítulo anterior, os laços com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) começaram a ser estabelecidos muito antes do surgimento da faculdade goiana e em função dos interesses de pesquisa mútuos em torno da doença de Chagas. De acordo com Rezende e Anis Rassi, teria sido essa enfermidade que uniu as duas faculdades e possibilitou a manutenção de um “proveitoso intercâmbio” (Rezende & Rassi, 2007: 414). Até a fundação da faculdade, os departamentos da congênere paulista mais mobilizados pelos goianos haviam sido os de Parasitologia, Patologia e Medicina Preventiva. A partir de então, os membros do Departamento de Clínica Médica da FMRP começariam a ser mais demandados, principalmente em função da estruturação do Hospital das Clínicas de Goiânia. A convite dos goianos, o diretor daquele departamento, Hélio Lourenço de Oliveira, fez uma visita a Goiânia para observar a organização e funcionamento do novo curso médico e oferecer sugestões para o aprimoramento dos serviços prestados pelo hospital.

Assim, o Hospital das Clínicas de Goiânia, que seria base para a formação dos alunos da faculdade, também se beneficiou deste intercâmbio produtivo com os colegas de Ribeirão Preto, e pôde contar com a orientação necessária em termos administrativos, técnicos e didáticos proveniente da experiência de um dos professores daquela faculdade. Instalado em 1962, com 60 leitos distribuídos entre Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, o hospital começaria a receber os alunos em 1963 para as aulas práticas. Segundo Rezende, o hospital atendia doentes



acometidos por todo tipo de afecção, mas a atenção esteve sempre mais voltada para as doenças tropicais “em virtude de estar situado em uma região do Brasil Central onde são comuns as doenças infecciosas e parasitárias” (Rezende, 2001: 175). Ainda de acordo com ele, desde o início de seu funcionamento o hospital foi procurado majoritariamente por pacientes acometidos pela doença de Chagas e se tornou referência nos estudos sobre a doença.

Como se viu nos capítulos anteriores, a enfermidade chagásica já vinha sendo observada como um grave problema no estado desde os anos 40, quando a realização de inquéritos epidemiológicos em determinados municípios constataram a prevalência da doença (Freitas & Mendonça, 1951). Com relação às medidas tomadas pelo governo, a campanha contra os triatomíneos vinha sendo feita pelo SNM de forma mais eficaz com o uso do BHC desde 1951, tal como estabelecido em convênio com o estado de Goiás. Relatórios publicados por este serviço na revista médica goiana mostram que o combate à endemia estava restrito aos municípios que apresentavam maior índice de infecção natural de triatomíneos e a prioridade recaiu sobre a região sul do Estado. A partir de 1955 a região norte de Goiás também passou a ser alvo da campanha. Como zona de penetração pioneira, vinha recebendo levas populacionais de estados vizinhos e de municípios do sul de Goiás onde era alto o índice de infestação por estes insetos (Carvalho & Verano, 1956a).

Criado em 1956, o DNERu unificou os serviços nacionais criados em 1941, inclusive o da malária, e deu continuidade ao seu trabalho através de sua circunscrição em Goiás (Carvalho & Verano, 1956b). No entanto, as reivindicações dos médicos nos congressos regionais deixam entrever que as ações empreendidas pelo governo não eram suficientes. Os trabalhos apresentados nestas ocasiões indicavam que a incidência da doença era muito maior do que o governo pensava e por isso demandavam a realização de inquéritos sorológicos mais extensos para se avaliar a verdadeira extensão da endemia e, ao mesmo tempo, a intensificação do combate aos triatomíneos pelos inseticidas de ação residual.

A importância da doença de Chagas, que se apresentava endemicamente em Goiás, despertou também o interesse de pesquisa dos médicos goianos, como se

viu no capítulo anterior. As investigações que desenvolveram em seus consultórios e clínicas particulares, voltadas para as formas cardíaca e digestiva daquela enfermidade, contaram com a colaboração de colegas de outras regiões – em especial com os médicos de Ribeirão Preto – e tiveram grande repercussão nos meios nacionais e internacionais. Uma vez conduzidas dentro da faculdade, estas pesquisas contariam com mais recursos e despertariam o interesse dos alunos. Segundo relata Rezende, vários departamentos da universidade estiveram comprometidos com os estudos da tripanossomíase americana, cujos resultados foram publicados em revistas médicas de várias especialidades desde então (Rezende, 2001: 177-180). Um destes, sobre o emprego da violeta de genciana como medida profilática na transfusão de sangue, foi resultado de um trabalho conjunto entre Rezende e dois de seus alunos – Walfredo Zupelli e Mário Gerard Bafutto.

No referido artigo os autores abordam o problema da transmissão da doença de Chagas por transfusão de sangue e apresentam a experiência exitosa do Banco de Sangue do Hospital das Clínicas de Goiânia com o uso da violeta de genciana como medida profilática. Trata-se de uma substância que, adicionada ao sangue, é capaz de esterilizá-lo sem alterar a viabilidade de seus componentes. A originalidade do trabalho, no entanto, não estava no uso específico desta substância (que já vinha sendo relatado desde o início dos anos 50), mas sim seu emprego como método usual. Julgando-o inócuo e eficaz, os autores preconizavam sua adoção por todos os bancos de sangue de zonas onde a doença de Chagas era endêmica (Rezende, Zupelli & Bafutto, 1965). Pioneiro em sua aplicação, o Banco de Sangue deste hospital goiano teve sua experiência reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, que passou a recomendá-lo em áreas endêmicas de outros países sul-americanos (Rezende, 2001: 179)<sup>112</sup>.

---

<sup>112</sup> Vale ressaltar que na época o método era bastante relevante na medida em que era comum a transmissão da doença tendo em vista a não realização de uma seleção rigorosa dos doadores de sangue por meio de testes sorológicos confiáveis. Segundo Soares et al, (2004), a prevalência média da infecção chagásica entre doadores de sangue na América Latina na década de 80 era de aproximadamente 7%, reduzindo para 3% na década seguinte. Atualmente o índice no Brasil seria de 0,6%, ao passo que na Bolívia ainda seria de 14,8% (Cf. Rezende, 2001: 179; Soares et al., 2004).

Ainda como um reflexo da importância adquirida pelo referido hospital e seus médicos no que se refere às pesquisas sobre a enfermidade, em 1964 a Organização Pan-Americana de Saúde realizou ampla investigação sobre a verdadeira dimensão da doença de Chagas na América Latina e selecionou Goiânia como uma das cidades visitadas por já ser reconhecida como centro de estudo daquela enfermidade<sup>113</sup>.

Além dos médicos que atuavam em Ribeirão Preto, com os quais o intercâmbio foi mais estreito, os goianos contaram também com a colaboração de colegas provenientes de outras regiões para sanar algumas lacunas do curso ou simplesmente para proferir as aulas inaugurais, muito estimulantes quando feitas por grandes nomes. Assim, para a aula inaugural do curso de bioquímica os alunos receberam Baeta Vianna, Catedrático da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, que foi especialmente convidado para a solenidade de inauguração do Instituto de Bioquímica em 1962. Da mesma instituição veio Liberato Di Dio para proferir a aula inaugural do curso de sua especialidade, no caso, anatomia. Já em 1963 os goianos contaram com a colaboração dos médicos Jair Pereira Ramalho, da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, para dar o curso de anatomia descritiva; Newton Freire Maia, da Faculdade de Filosofia do Paraná que ministrou o curso de genética e Rubens Campos, da Faculdade de Medicina da USP que ministrou o curso de parasitologia. Em 1964 José Adeodato Filho, Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, foi o responsável pela aula inaugural e abertura do curso de obstetrícia. No ano seguinte, Hilton Rocha, da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, também daria uma aula inaugural na faculdade goiana.

Ao final de seus cinco primeiros anos, a Faculdade de Medicina de Goiás contava com 18 departamentos bem definidos, quais sejam: Departamento de

---

<sup>113</sup> Em relatório apresentado ao diretor do Hospital das Clínicas de Goiânia em 1988, Rezende menciona importantes instituições que vinham participando de trabalhos de pesquisa sobre doença de Chagas em colaboração com os docentes da Faculdade de Medicina, entre elas: National Institutes of Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Instituto Oswaldo Cruz, Instituto de Medicina Tropical de São Paulo e Instituto Evandro Chagas, em Belém. Na época, ele e Anís Rassi eram assessores da OMS e da OPAS para estudos sobre a doença de Chagas. Cf. Rezende, 2001.

Morfologia, Microbiologia, Parasitologia, Bioquímica, Fisiologia e Biofísica, Farmacologia, Anatomia Patológica, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria e Puericultura, Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria, Medicina Tropical, Higiene e Medicina Preventiva, Medicina Legal e do Trabalho. Ao passo em que os novos departamentos e disciplinas foram sendo instalados, o corpo docente aumentou gradativamente, o que pode ser percebido pelo quadro abaixo:

#### Dados estatísticos de 1960 a 1965

Ano	Corpo docente	Alunos matriculados	Servidores
1960	05	33	05
1961	15	61	11
1962	36	127	19
1963	73	168	34
1964	103	247	35
1965	118	296	41

Fonte: Almeida Neto, 2001: 133

A formatura do primeiro grupo de alunos que ingressou na faculdade aconteceu em dezembro de 1965 e teve como convidado especial José Lima Pedreira de Freitas – Catedrático de Medicina e Higiene Preventiva da FMRP. Sua presença, além de refletir os fortes laços que uniam os meios médicos de ambas as regiões em função dos interesses comuns de pesquisa e da intensa colaboração mútua, demonstrava também o compromisso dos goianos com a necessidade de inculcar nos médicos recém-formados a consciência sanitária necessária para levarem adiante o trabalho como clínicos. Um programa de ensino que realmente fizesse os alunos perceber o valor da medicina preventiva – cujo pioneirismo cabia à FMRP e a Pedreira de Freitas – era uma questão cara também aos médicos

goianos. Sendo um dos principais objetivos da faculdade médica de Goiás a formação de médicos para o interior do país, eram de suma importância disciplinas que estivessem orientadas para o tema da educação sanitária. Pedreira de Freitas representava uma liderança nestas questões e sua conferência na ocasião versou, muito propriamente, sobre a medicina rural (Rezende, 2001).

Apesar da preocupação dos goianos com a carência de médicos em Goiás e de seu engajamento na tarefa de formar profissionais preparados para lidarem com as patologias reinantes no interior do Estado, o projeto de manter os recém-formados trabalhando por um ano em áreas onde não houvesse médico não se concretizou. No discurso proferido por Rezende na solenidade de despedida da primeira turma de formandos, em 1965, afirma-se que alguns dos alunos prestariam temporariamente sua colaboração à Organização de Saúde do Estado de Goiás (OSEGO)<sup>114</sup> em pequenas cidades do interior. No entanto, segundo Luiz Rassi, a ideia não foi adiante tal como projetada originalmente devido à falta de verba específica da universidade para remunerar estes estudantes, o que seria também uma consequência da falta de interesse por parte do governo (LR, fita 03/lado B, 2006). Ainda de acordo com ele, em contrapartida a esse projeto, criaram-se campos avançados da universidade onde os alunos faziam estágio de pelo menos um mês no interior, não necessariamente dentro do Estado. O trabalho estendia-se a qualquer lugar onde houvesse uma base, ou seja, um hospital público. Um destes campos avançados ficava em Porto Nacional (hoje, cidade do estado do Tocantins).

Em setembro de 1962, segundo noticiou a RGM, foi fundado no seio da faculdade de medicina um Centro de Estudos de Patologia Regional, cujo objetivo era incrementar o estudo e despertar interesse para as endemias e os problemas médico-sociais existentes no Brasil Central. Tratava-se de uma organização mista de alunos e professores, cujos sócios efetivos eram alunos comprometidos com o

---

<sup>114</sup> A Secretaria de Saúde e Assistência do Estado se transformou em uma autarquia estadual por sugestão de Jacy Netto de Campos em 1964. Isso aconteceu em função de uma série de dificuldades enfrentadas por Campos enquanto conduzia o plano de saúde originalmente elaborado para ser desenvolvido ao longo do governo de Mauro Borges Teixeira (1961-1964). Esta mudança deu maior liberdade de ação ao secretário, repercutindo beneficentemente para a saúde pública goiana (Rezende, 2001: 149).

plano de recuperação da população do interior, que envolvia justamente a premissa original da faculdade goiana, ou seja, o trabalho por um ano após o término do curso em cidades do Estado de Goiás onde não existissem médicos. Ainda segundo a nota, a criação deste centro correspondia a uma tomada de consciência dos acadêmicos de medicina no que dizia respeito às condições sanitárias do interior. Como diretor do centro de estudos, Almeida Neto afirmou que esta iniciativa representava “a floração de um idealismo sadio e altruísta”. Segundo ele, “são os jovens universitários que, reconhecendo ser o estudo superior gratuito em país subdesenvolvido como o Brasil um privilégio, voluntariamente se apresentam para uma contraprestação de serviços participando como técnicos dos programas governamentais de assistência médica” (Noticiário, 1962: 46). Tudo indica que este foi um projeto frustrado, tendo em vista que nenhum médico se refere a ele em suas memórias e nenhum outro registro a respeito apareceu nas edições posteriores da revista goiana<sup>115</sup>.

Apesar dessa premissa importante do projeto original da faculdade não ter vingado da forma como havia sido planejada, o interesse pelas patologias regionais se manteve como um dos principais nortes da instituição. Além da importância adquirida pelo Hospital das Clínicas em decorrência, principalmente, das pesquisas sobre doença de Chagas, o Instituto de Patologia Tropical (IPT) seria outra célula importante da faculdade de medicina a ganhar notoriedade. Originou-se do Instituto de Microbiologia e Parasitologia, que entrou em funcionamento na faculdade em 1963 em função de estudos coordenados por Almeida Neto (2001: 112) – personagem importante na defesa de sua criação:

*“(...) compreendeu ele e compreendemos todos nós a importância dessa nova unidade no atual estágio de desenvolvimento de nossa civilização, em que 40% do obituário se devem às doenças infecciosas e parasitárias; em que praticamente todo o estado de Goiás é considerado área malarígena; em que 20% da população rural acha-se acometida do mal de Chagas; em que as parasitoses intestinais debilitam e anemiam a infância, já de si tão desnutrida. Sem falar na leishmaniose tegumentar, no calazar, na blastomicose sul-*

---

<sup>115</sup> A partir de 1971 sabe-se que a Unidade de Saúde Mista de Porto Nacional (fundada pelo SESP) passou a servir de campo de estágio para os alunos do 6º ano da Faculdade de Medicina da UFG. De acordo com Rezende, esta experiência antecedeu o programa de extensão universitária dos CRUTACS – Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária – que constituiria uma das metas do Ministério da Educação e Cultura (Azevedo et al, 1973; Rezende, 2001: 232).

*americana, e em tantas outras endemias que assolam o interior brasileiro e que estão a exigir estudos e soluções. Sem falar das doenças dos animais, como a febre aftosa ou a brucelose, que infelicitam a pecuária, base de sustentação econômica do Brasil Central (...)*. (Rezende, 2001: 220-221)

Criado em função da demanda por uma unidade mais autônoma e dinâmica dentro da faculdade, voltada para as doenças mais comuns na região, o IPT foi idealizado e fundado por William Barbosa em 1965. Formado pela Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, radicou-se em Anápolis (GO) após sua formatura, atuando como internista do Hospital das Clínicas Dom Bosco. Desde o início de sua carreira revelou-se como pesquisador clínico, tendo publicado alguns artigos sobre diferentes síndromes raras na revista médica goiana. Convidado inicialmente para integrar o corpo docente da faculdade goiana como professor do Departamento de Clínica Médica, mais tarde tomaria a decisão de dedicar-se às doenças tropicais. Seu interesse pelo tema teria sido despertado durante um congresso médico realizado em Ribeirão Preto em 1962, quando foi criada a Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT) (Almeida Netto, 2009). Participando de sua fundação, ao lado de outros professores da faculdade goiana como Rezende e Anis Rassi, Barbosa decidiu se aprofundar no tema e buscou cursos de especialização em medicina tropical fora do Estado.

Barbosa fez cursos na Fundação Gonçalo Moniz, na Bahia, e no Instituto de Medicina Tropical da USP, em São Paulo, coordenados respectivamente por Aluizio Prata e Carlos da Silva Lacaz (Rezende, 2001). Para organizar e estruturar melhor o novo instituto, à frente do qual permaneceria por oito anos consecutivos, Barbosa contou com o apoio de renomados médicos, entre eles o próprio Carlos Lacaz, José Rodrigues da Silva – primeiro presidente da recém-criada SBMT – e Samuel Pessoa. Este último, inclusive, teria passado uma temporada de dois meses em Goiânia em 1967 contribuindo com sua experiência para aprimorar o trabalho que vinha sendo desenvolvido no IPT. Nos anos seguintes, Barbosa colheria os frutos deste investimento intelectual ao ser convidado para organizar o segundo congresso da SBMT, que se realizaria em Goiânia em 1965, ao fundar a Revista de Patologia Tropical em 1971 (importante veículo de divulgação da produção

científica na área de medicina tropical e parasitologia) e criar o primeiro curso de pós-graduação *strictu-sensu* na área.

Ao longo do período em que esteve à frente do Instituto, Barbosa incentivou os alunos a estudarem as patologias típicas da região. Como paraninfo da segunda turma de médicos que se formou pela faculdade goiana de medicina, afirmou que o IPT buscava “com esforços inauditos conhecer a nossa patologia regional e tem como função básica tornar-se um laboratório para as novas soluções do nosso Estado, deixando de ser apenas um receptáculo de conhecimentos” (Noticiário, 1967: 86). Isso transpareceu tanto nos artigos que publicou como naqueles que foram publicados por alunos vinculados a este instituto na revista médica goiana, que desde 1963 era órgão oficial tanto da AMG como da Faculdade de Medicina de Goiás. Cabe aqui um breve parêntesis para explicar como e porque isso aconteceu.

A ideia teria partido de Almeida Neto, que viu as vantagens de um convênio deste tipo em função das dificuldades enfrentadas pelo periódico. Com ele resolviam-se duas questões: a necessidade de a faculdade de medicina possuir seu próprio órgão de divulgação científica e a manutenção da circulação da revista médica goiana, que vinha sendo editada sem regularidade nos últimos anos (Rezende, 1963c). Já com o acordo em vigor, o primeiro número da revista do ano de 1964 foi dedicado ao corpo discente da faculdade. No editorial deste número, Rezende explicou que os trabalhos ali publicados haviam sido apresentados à XVII Semana Brasileira de Debates Científicos, promovida em novembro de 1963 pelo Centro Acadêmico Benjamin Baptista, da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Um dos trabalhos havia sido selecionado pelos organizadores do evento como o melhor no grupo de anatomia patológica “o que é bastante lisonjeiro, tanto para o seu autor, como para o Dr. Jarbas Doles, Chefe do Departamento de Patologia, onde o mesmo foi realizado”. E segue:

*“(...) Entendemos que o gosto pela investigação científica deve ser desenvolvido já na fase de formação profissional, permitindo a revelação daqueles que manifestam pendores para a pesquisa e que serão os impulsionadores do progresso no futuro. Por outro lado, os estudantes aprendem ainda uma grande lição: que é possível trabalhar e produzir sem aparelhagens complicadas e equipamentos caros, fato de grande importância quando se considera a realidade nacional e quando se procura vincular o estudante de medicina em Goiás aos problemas de saúde do nosso hinterland (...)”* (Rezende, 1964: 01).



Um destes “problemas de saúde do nosso hinterland” – a leishmaniose tegumentar americana – foi abordado por Barbosa em conjunto com Manoel dos Reis e Silva, professor do Departamento de Otorrinolaringologia, e Paulo Cezar Borges, acadêmico da faculdade (Barbosa, Reis e Silva & Borges, 1965). Tratava-se de uma doença sobre a qual não havia ainda registro em Goiás. Reunindo casos de clínica particular e pacientes do Serviço de Dermatologia do Departamento de Medicina Tropical do IPT, os autores chegaram à conclusão de que não só era alta sua incidência no estado, como também sua distribuição geográfica. Sendo assim, vinham por meio do artigo chamar a atenção para a possibilidade de a doença, constatada como autóctone, se espalhar e transformar-se em um grave problema de higiene rural, dadas as condições propícias que a região oferecia à sua disseminação. Entre essas condições estavam as correntes migratórias de mineiros e baianos que, atraídos pelas oportunidades de trabalho que a construção da capital federal e as rodovias de penetração e integração nacional ofereciam, formavam núcleos populacionais em frentes pioneiras.

Hidasi, Garcia-Zapata & Santos (2004) enfatizam o pioneirismo deste trabalho considerando que esta talvez tenha sido a primeira vez que casos de infecção humana por leishmaniose no Estado foram descritos. Ainda de acordo com estes autores, preocupado com esta situação, Barbosa teria criado posteriormente a “Unidade de Investigação Gaspar Vianna”, uma das propulsoras do IPT no estudo das leishmanioses e de outras doenças tropicais. O interesse de Barbosa pela enfermidade foi demonstrado mais uma vez em artigo publicado no ano seguinte sobre o calazar ou leishmaniose visceral americana (Barbosa, 1966), sobre a qual a primeira descrição de casos autóctones havia se dado em 1961 em trabalho apresentado por Rezende em conjunto com outros três médicos no XI Congresso Médico do Triângulo Mineiro e Brasil Central (Rezende et al., 1963). Desde então, afirmou Barbosa, “todos os anos, novos casos vêm se somar à casuística desta protozoose em nosso meio, culminando, agora em 1965, quando no primeiro trimestre, nada menos de oito casos chegaram ao nosso conhecimento” (Barbosa, 1966: 05).

A blastomicose também foi uma doença que interessou a Barbosa e em um de seus artigos, em coautoria com Jarbas Doles do Departamento de Anatomia Patológica, apresentaram o primeiro caso autóctone da doença – o 37º descrito no país (Barbosa & Doles, 1965). Propuseram então, uma classificação da doença em duas formas clínicas: a clássica e com tendência à disseminação. Tratava-se de doença rara, que acometeria principalmente os homens, trabalhadores braçais, com pouca tendência à disseminação, de evolução crônica e recidivando frequentemente após o tratamento cirúrgico. A pele era o órgão afetado. Ainda sobre o tema e demonstrando a inclinação para a pesquisa, Barbosa publicou em conjunto com Roberto Daher, do Departamento de Clínica Médica um trabalho sobre a terapêutica da doença. Apresentado no II Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, realizado no início de 1966, tratava-se de sua experiência com uma nova sulfa de baixa eliminação renal, o que permitiria seu uso em doses semanais. O produto, sintetizado por F. Hoffman-La Roche & Co. S.A. havia sido experimentado em nove pacientes portadores de blastomicose sul-americana em suas várias formas clínicas e a conclusão a que chegaram os autores foi a de que, “comparado às demais sulfas, o medicamento era eficaz e ainda apresentava a vantagem de comodidade da dose semanal” (Barbosa & Doles, 1966: 55-57).

Para encerrar, gostaria de destacar um trabalho sobre a esquistossomose, realizado no Departamento de Medicina Tropical do IPT por 11 alunos da 5ª série do curso médico. Essa doença havia sido abordada por Moraes & Rezende em 1960 no II Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, e seu artigo foi publicado no mesmo ano na revista goiana. Naquele trabalho os autores comprovavam a existência de casos autóctones no Estado em uma região preocupante por se tratar “de uma das grandes bacias fluviais do país: a do rio Araguaia” (Moraes & Rezende, 1960: 278). Em função desta constatação, Moraes e Rezende levaram o fato ao conhecimento da Circunscrição Goiás do DNERu para que fosse realizada uma investigação epidemiológica nos locais por eles apontados. Seguindo a indicação dos referidos médicos, o DNERu realizou pesquisas malacológicas na região, isto é, pesquisou a taxonomia, fisiologia e ecologia dos moluscos encontrados e publicou

os resultados no volume 13 da revista goiana, em 1967 (Neto, Honorato & Lima, 1967).

Ao final do artigo, os funcionários do DNERu, entre eles o assistente de medicina preventiva da faculdade de medicina goiana Marcos Isaac Lima, agradecem pelo auxílio prestado pelos alunos da 5ª série do curso médico na redação do artigo. Segundo eles, teria sido com as vistas voltadas para o problema que o Departamento de Medicina Tropical do IPT da UFG se interessou “a fim de colaborar para que não se forme aqui, um foco endêmico da parasitose como tem ocorrido em diversos Estados do País” (Neto, Honorato & Lima, 1967: 15). Estes alunos, como parte do estágio que realizavam no curso de doenças infecciosas e parasitárias do IPT, publicaram um trabalho sobre o mesmo tema na mesma edição da revista. No artigo analisavam um novo foco da doença em Goiânia, preocupados com o caráter expansionista da helmintíase. A conclusão a que chegaram foi a de que medidas profiláticas adequadas e urgentes se fariam necessárias (Ribeiro et al., 1967).

Em suma, com estes exemplos, meu objetivo foi mostrar que o interesse pelas enfermidades que mais acometiam os habitantes do interior continuou em pauta nas pesquisas dos médicos goianos mesmo depois de fundada a faculdade de medicina. Esse compromisso com os problemas locais foi levado para o seio da instituição e desenvolvido de forma mais acurada, despertando nas gerações seguintes a sensibilidade para os mesmos. Dessa forma, a tradição de investigação goiana envolvendo as patologias regionais se renovava. Além disso, ao longo deste capítulo mereceu destaque também a grande participação de médicos provenientes de outras regiões do país em cursos oferecidos pela faculdade. Fruto das redes construídas pelos goianos ao longo dos anos, a presença de personagens ilustres do meio médico na instituição, como Baeta Vianna, Hilton Rocha, Pedreira de Freitas e Samuel Pessoa demonstrava o reconhecimento da iniciativa goiana entre seus pares e garantia prestígio à mesma.

## Considerações finais

“O ponto de vista é do clínico que observa fatos que se repetem e procura chamar para eles a atenção de outros observadores e sugerir um interessante campo de pesquisa aos experimentadores”

(Berardinelli apud Porto, 1955: 43).

O trecho acima ressalta um dos aspectos para o qual se procurou chamar mais atenção ao longo deste trabalho, qual seja, o relevo que assumiram as pesquisas clínicas realizadas pelos médicos no interior do país. Sem os recursos disponíveis nos grandes centros de pesquisa e universidades, estes médicos lançaram mão do trabalho que realizavam em suas clínicas e consultórios particulares e, por meio dele, lograram inserir-se em um circuito médico-científico que se nutria do interesse pelas endemias rurais. Tais enfermidades, entre elas malária, esquistossomose, bócio endêmico e doença de Chagas constituíam o rol de enfermidades com os quais estes médicos estavam acostumados a lidar diariamente. Manejando bem os preceitos que regiam a investigação clínica, calcada em uma observação atenta e apurada, estes médicos tinham à sua disposição inesgotável material de pesquisa. Com base nele, chegaram, em última instância, a conclusões bastante originais que interessaram a médicos de plagas mais distantes.

Os Congressos Médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central, a princípio tímidos conclave de âmbito regional, configuraram-se como um dos principais canais de expressão destes ‘médicos do sertão’ e espaço para a divulgação de suas pesquisas. Com o tempo, passaram a atrair um público cada vez maior e formado por colegas provenientes de diferentes regiões do Brasil, conformando-se também como arena importante de diálogo e interação entre os pares, no qual se reforçava o sentimento de pertença à comunidade médica nacional. Nestes eventos, os médicos do interior tinham a oportunidade de apresentar seus trabalhos e chamar a atenção das autoridades governamentais para os problemas mais comuns nas regiões onde atuavam. Respaldados pela possibilidade de ‘ver com os próprios olhos’ a gravidade com que grassavam certas doenças, alertavam os

representantes do governo – cada vez mais assíduos nestas ocasiões. Inicialmente estruturados como regionais, estes congressos se tornariam nacionais tanto pela ampla audiência conquistada, como pelos temas que priorizava. Embora nestes congressos se debatesse todo o tipo de questão, o destaque ficava por conta das doenças locais, que ocupavam a pauta principal em mesas redondas e conferências. Tratava-se de patologias 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.

A doença de Chagas era uma das que mais despertava o interesse, tanto entre os clínicos do interior como entre seus pares atuantes em regiões de maior prestígio e o governo. Por ser uma enfermidade que acometia principalmente indivíduos adultos em plena idade produtiva, chamavam a atenção seus elevados índices de prevalência no Brasil Central. Com dados provenientes exclusivamente da pesquisa clínica, os médicos do interior evidenciaram um panorama bastante crítico da saúde na região em função desta doença. Mas, não só isso. Munidos destes dados, provenientes da grande quantidade de pacientes que recebiam em seus consultórios, chegaram a conclusões originais a respeito da possibilidade de uma nova forma clínica para a enfermidade chagásica. Para respaldar seu trabalho, buscaram o auxílio de centros munidos de melhores recursos para realização de exames laboratoriais confiáveis e buscaram a comprovação anatomopatológica, tão exigida no período. Os colegas de Ribeirão Preto seriam, ao longo da jornada que envolveu a confirmação das suspeitas dos clínicos e a aceitação pela comunidade médica mais ampla, seus principais colaboradores. A rede que construiriam no interior do país, envolveria, no entanto, outras instituições e personagens, como se viu ao longo do trabalho.

Foi no âmbito dos congressos regionais, organizados em ‘benefício da coletividade’ segundo slogan de uma de suas edições, que os médicos goianos deram o pontapé inicial para seu processo de institucionalização. Suas histórias de vida se assemelhavam muito umas às outras: a maioria buscou fixar-se na nova

capital goiana ainda em seus primórdios, movida pelas grandes expectativas que se abrem sempre que se inaugura uma nova cidade. Inicialmente desorganizados e sem objetivos concretos, os médicos goianos aos poucos foram percebendo a importância de se agregarem em torno de uma instituição que os representasse e vocalizasse suas demandas. A Associação Médica de Goiás seria esse espaço. Inicialmente reunindo um pequeno número de médicos, aos poucos a entidade foi ultrapassando fronteiras e estendeu seus braços pelo interior do Estado, em uma busca incessante por agregar cada vez maior número de sócios e, assim, garantir sua legitimidade. Neste movimento, promovia também a circulação do conhecimento médico entre os colegas residentes na capital do Estado e aqueles que atuavam em cidades menores e longínquas. Através de convites para palestras e cursos, os goianos atraíam médicos de grandes centros e estreitavam seus laços de colaboração. Cientes dos problemas sanitários da região, se engajavam na resolução dos mesmos de braços dados com o governo local, do qual recebiam total apoio. Luiz Rassi foi o grande responsável pelo êxito da associação, que desde o início transformou o sonho de fundar uma faculdade médica em meta pela qual seus membros deviam se empenhar.

A criação da Revista Goiana de Medicina fez parte dessa estratégia mais ampla dos goianos de levar para Goiás uma instituição de ensino superior. O investimento neste projeto editorial 'ambicioso', segundo eles próprios consideraram, rendeu bons frutos para um grupo médico que em 1955 contava apenas cinco anos de existência formalizada. Por meio de suas páginas, foi possível constatar a ampla movimentação dos médicos do Brasil Central, cujo isolamento foi se percebendo cada vez mais relativo. O periódico e a correspondência institucional mantida pela RGM, fontes privilegiadas nesta tese, deixaram entrever a grande circulação dos médicos goianos, participando de eventos importantes da área médica no Brasil e no mundo, se relacionando normalmente com figuras de vulto da ciência nacional e com ampla liberdade de a eles se dirigirem para pedir-lhes artigos para a revista, por exemplo. Através do periódico goiano foi possível identificar também os principais interlocutores destes médicos, entre os quais se destacaram seus colegas no Triângulo Mineiro e em Ribeirão Preto, mas também médicos do Rio de Janeiro e de São Paulo.

A análise quantitativa das fontes mostrou que o periódico goiano teve grande circulação dentro e fora do país, o que já era um indício do prestígio que aos poucos adquiria. Demandada principalmente por aqueles que se interessavam pela doença de Chagas, a revista contou com nomes de peso entre seus articulistas como José Lima Pedreira de Freitas, Emmanuel Dias, C. Magarinos Torres e Samuel Pessoa. Como foi possível observar, no entanto, a maior parte das colaborações era de médicos atuantes no interior do país. Embora priorizando a enfermidade chagásica em sua linha editorial, a RGM foi uma revista voltada para as patologias regionais em geral. A visibilidade alcançada pelo periódico, e pelos médicos do Brasil Central como um todo, em função dos trabalhos relacionados com aquela doença específica, explica o investimento no tema. Esta estratégia também deixa transparecer o interesse particular de seu editor Joffre Marcondes de Rezende, que se destacaria pela associação até então inédita entre 'mal de engasgo' e doença de Chagas e seria o grande responsável pelo êxito alcançado pela revista.

Ao elegerem a tripanossomíase como seu objeto de estudo por excelência, os goianos se projetaram nacional e internacionalmente. Conforme divulgavam seus enunciados e proposições, chamavam cada vez mais atenção para o trabalho que desenvolviam no interior do país, aumentavam sua visibilidade e se fortaleciam enquanto grupo. A originalidade do conhecimento que produziam, fruto das vantagens advindas da maior proximidade com o campo de pesquisas, fomentou uma rede interessada nas patologias tropicais da qual participavam médicos e cientistas, nacionais e estrangeiros, que em sua maioria não tinham a mesma facilidade de acesso aos seus objetos de investigação. A partir do interesse despertado por suas pesquisas fundamentalmente clínicas, os médicos do interior, e os goianos em particular, fizeram o conhecimento médico-científico circular em um fluxo contínuo e profícuo entre litoral e sertão, entre centros e periferias. Os resultados deste intenso e rico intercâmbio podem ser reconhecidos através da efetivação do projeto de instalação de uma faculdade de medicina em Goiás.

Assim, como busquei enfatizar, a Faculdade de Medicina de Goiás, fundada em 1960, significou a consolidação do processo de institucionalização da medicina goiana, iniciado dez anos antes por um pequeno grupo de médicos que decidiu se

organizar para sediar um congresso regional. Favorecidos por um contexto no qual o combate às endemias rurais estava em voga e pela amizade nutrida entre o ex-governador do Estado e Juscelino Kubitschek, os goianos, liderados por Francisco Ludovico de Almeida, conseguiram concretizar seu objetivo mais ambicioso. No seio da faculdade, que tinha como prioridade o compromisso com a formação de médicos para o interior do país, os goianos puderam dar continuidade às pesquisas que até então haviam conduzido dentro de seus consultórios e clínicas. Munidos de mais recursos, por meio da faculdade, especialmente no âmbito de seu Hospital das Clínicas e do Instituto de Patologia Tropical, estes médicos garantiriam a reprodução de uma tradição de pesquisas voltada prioritariamente para as doenças regionais ao inculcar nos seus alunos um interesse profundo pelas mesmas.



## Fontes e bibliografia

### A) Fontes arquivísticas

#### Arquivos Institucionais

Arquivo da Associação Médica de Goiás – Correspondência Expedida: 1955-1960

Arquivo da Associação Médica de Goiás – Correspondência Recebida: 1958-1959

Arquivo da Associação Médica de Goiás – Documentos avulsos

Arquivo da Associação Médica de Goiás – Atas das reuniões realizadas entre setembro de 1951 e janeiro de 1955

Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Oswaldo Cruz (COC/ Fiocruz)- Fundo Centro de Pesquisas René Rachou/ Seção Posto Avançado de Pesquisas Emmanuel Dias

Arquivo Histórico do Estado de Goiás (AHEG) – caixa 972

#### Arquivos Pessoais

Correspondência pessoal de Joffre Marcondes de Rezende: 1958-1960

### B) Fontes impressas

III CMBCTM - ligeiros dados históricos. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (02): 06-08, 1951.

III CMBCTM - notas do importante conclave científico em Goiânia. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (02): 08-23, 1951.

AGRÍCOLA, Ernani. Lepra no Brasil Central. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (02): 38-49, 1951.

ALMEIDA NETO, Francisco Ludovico. Relatório: Ensino Médico e Assistência Médica Rural. *Revista Goiana de Medicina*, 03 (1): 33-40, 1957.

\_\_\_\_\_. *A Faculdade de Medicina de Goiás*. Goiânia: Cegraf UFG, 2001.

ALGUMAS NOTAS DA IMPRENSA – O NOSSO COMENTÁRIO. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (03): 89-98, 1952.

ANAIS DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PERNAMBUCO – ano V (1/2), dezembro de 1953.

ANDRADE, Zilton. Anatomia patológica da Doença de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, 04 (2): 103-119, 1958.

ATIVIDADES DA SECRETARIA DE SAÚDE EM 1951. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (04): 38-54, 1952.

AUAD, Anuar & BRASIL, Geraldo. Incidência do pênfigo foliáceo no Estado de Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, 03 (4): 251-256, 1957.

BITTENCOURT, Paulo. A luta contra a tuberculose em Goiânia. *Arquivos de Saúde Pública*, ano I (04): 11-13, 1952.

BARBOSA, William. Subsídios ao estudo do calazar em Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 12 (1-4): 5-30, jan-dez, 1966.

\_\_\_ & DOLES, Jarbas. Blastomicose Queloidiforme (doença de Jorge Lobo) – apresentação do primeiro caso encontrado no Estado de Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 11 (1-2): 11-20, jan-jun, 1965.

BEESON, Paul B. et al. *The Year Book of Medicine 1960-61*. Chicago, 1960-61.

BORGES, Carlos. Diagnóstico laboratorial da Doença de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, 02 (4): 279-286, 1956.

BORRE, H. A. et al. Estudio esofágico comparativo en un grupo de dadores de sangre con reacciones serológicas positivas y negativas para la enfermedad de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 13 (1-2): 1-6, jan-jun, 1967.

BRASIL. Lei nº 2874 de 19 de setembro de 1956. Dispõe sobre a mudança da Capital Federal e dá outras providências. <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisa.action?tipoPesquisa=3>>. Acesso em 07 de fevereiro de 2007.

CAMARGO, Tasso de. Coluna da Associação Médica de Goiás. *Arquivos de Saúde Pública*, ano II (08): 110-113, 1953.

CARDOSO, Álvaro A. Nossa experiência com o tratamento das úlceras gastroduodenais e tumores do estômago. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 06 (4): 325-334, out-dez, 1960.

CARVALHO, Áttila Gomes de. Realizações do setor Goiás do Serviço Nacional de Malária durante o ano de 1955. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 02 (1): 29-46, jan-mar, 1956.

\_\_\_ . Saúde e desenvolvimento. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 06 (4): 309-318, out-dez, 1960.

\_\_\_ . & VERANO, Ottoni Torres. Contribuição ao conhecimento da distribuição geográfica dos triatomídeos domiciliários e de seus índices de infecção natural pelo *schizotrypanum cruzi* na região amazônica do Estado de Goiás, Brasil. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 02 (1): 47-59, jan-mar, 1956a.

\_\_\_ . Contribuição ao conhecimento da distribuição geográfica dos triatomídeos domiciliários e de seus índices de infecção natural pelo *schizotrypanum cruzi* na região do Planalto Central (Retângulo de Cruis), Estado de Goiás, Brasil. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 02 (3): 181-200, jul-set, 1956b.

CASTRO, F. Pinto; ANGELO, J. de Figueiredo & TRANIN, P. Linhares. Importância da gastroscopia no diagnóstico e controle de cura da úlcera gástrica benigna – considerações a respeito de 109 casos. *Medicina, Cirurgia, Farmácia*. 29(288): 159-69, jul-agos, 1960a.

CASTRO, F. Pinto; ANGELO, J. de Figueiredo & TRANIN, P. Linhares. Importância da gastroscopia no diagnóstico e controle de cura da úlcera gástrica benigna – considerações a respeito de 109 casos. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 06 (4): 291-302, out-dez, 1960b.

CHAGAS, Carlos. Tripanosomíase americana. Forma aguda da moléstia. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 08:37-69, 1916.

CUNHA, Euclides. *Os sertões*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1997.

CUTAIT, Daher. Simpósio sobre Megacolon. *Revista Goiana de Medicina*, 11 (3-4): 225-259, 1965.

DIAS, Emmanuel. Considerações sobre a doença de Chagas. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 47 (3/4): 679-685, 1949.

\_\_\_ . Epidemiologia e profilaxia da Doença de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, 04 (04): 303-317, 1958.

DISCURSOS PROFERIDOS DURANTE O CONGRESSO. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (02): 24-37, 1951.

DOMENICI, Rodovalho Mendes. Considerações sobre a hanseníase no Estado de Goiás e Distrito Federal (dados relativos aos anos de 1942 a 1969). *Revista de Patologia Tropical*, vol.01 (03): 347-369, 1972.

ECOS DO III CONGRESSO MÉDICOS DO BRASIL CENTRAL E V DO TRIÂNGULO MINEIRO. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (03): 23-32, 1952.

EDITORIAL. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 01 (1): 01, jul-set, 1955a.

EDITORIAL. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 01 (2): 75-76, out-dez, 1955b.

EDITORIAL. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 02 (3): 151-152, jul-set, 1956.

FREITAS, José Lima Pedreira de. 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*, 02 (4): 315-320, 1956.

\_\_\_ & MENDONÇA, Wilson. Inquérito sobre moléstia de Chagas no Município de Rio Verde (Estado de Goiás). *O Hospital*, 39 (02): 251-261, 1951.

FREYRE, Gilberto. Ainda sobre Goiânia. *O Cruzeiro*, 02/04/1960, p.103.

GRANT, Félix. Correspondência. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 02 (2): 151, abr-mai, 1956.

INGELFINGER, F. J. Digestive form of Chagas's Disease. *The Year Book of Medicine, 1960-1961*. Series, part 5: The Digestive System, p.466-469a.

INGELFINGER, F. J. Chagas's Megaesophagus: quantitative study of Auerbach's Plexus. *The Year Book of Medicine, 1960-1961*. Series, part 5: The Digestive System, p.469-470b.

JACOBSON, Eduardo. Construção da sede. *Revista Goiana de Medicina*, 05 (1): 01-02, 1959.

KÖEBERLE, Fritz. Patogênese dos "megas". *Revista Goiana de Medicina*, 02 (2): 101-110, 1956.

KUBITSCHKEK, Juscelino. *Programa de Saúde Pública do candidato*. São Paulo: L. Nicollini, 1955.

LAUAR, Kemil; OLIVEIRA, Aluizio Ramos; REZENDE, Joffre M. de. Valor do tempo de esvaziamento esofágico no diagnóstico da esofagopatia chagásica (prova de retenção). *Revista Goiana de Medicina*, 05 (2): 97-102, 1959.

MENDONÇA, Wilson. Curandeirismo. *Revista Goiana de Medicina*, 02 (2): 81-82, 1956.

MENDONÇA, Wilson & NOVGORODCEV, Dimitry. Granulona eosinófila do fêmur. *Arquivos de Saúde Pública*, ano II (08): 13-22, 1953.

MENEZES, Miron de. Miocardite chagásica crônica: sua incidência no Brasil Central. *O Hospital*, 36 (4): 577-587, 1949.

MINEIRO, Virgílio. Contribuição à etiologia do megaesôfago. *Revista Goiana de Medicina*, 04 (1): 29-34, 1958.

MONTENEGRO, Cesar Iñiguez; DALVIT, Horacio R. Estudio del tiempo de vaciamento esofágico en enfermos chagásicos. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 09 (3-4): 125-130, jul-dez, 1963.

MORAES, Rubens Ferreira; REZENDE, Joffre M. de. Relato de 2 casos autóctones de esquistossomose mansoni no Estado de Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, 06 (3): 273-278, 1960.

NEIVA, Arthur; PENNA, Belisário. *Viagem Científica pelo Norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás*. Ed. Fac-similar. Brasília; Senado Federal, 1999.

NETO, Antônio Cunha Neto; HONORATO, Affonso & LIMA, Marcos Isaac Lima. Esquistossomose mansoni em Goiânia. *Revista Goiana de Medicina*, 13 (1-2): 7-16, jan-jun, 1967.

NETTO, Alípio Corrêa. Carta do Prof. Alípio Corrêa Netto. *Revista Goiana de Medicina*, vol.01(1): 02, jul-set, 1955.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 01(2): 127-134, 1955.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 02 (2): 139-146, 1956a.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 02 (4): 321-327, 1956b.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 03 (1): 57-65, 1957a.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 03 (2): 133-145, 1957b.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 03 (3): 213-217, 1957c.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 04 (1): 63-74, 1958a.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 04 (3): 263-295, 1958b.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 05 (1): 69-77, 1959a.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 05 (2): 166-170, 1959b.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 05 (3): 263-274, 1959c.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 05 (4): 471-480, 1959d.

NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 06 (2): 191-200, 1960a.

- NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 06 (4): 353-359, 1960b.
- NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 08 (1-4): 45-49, 1962.
- NOTICIÁRIO. *Revista Goiana de Medicina*, 13 (1-2): 75-92, 1967.
- OFÍCIOS E PORTARIAS. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (03): 98-100, 1952.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. Serv. Inf. técn. - Enfermedad de Chagas: Informe de un Grupo de Estudio. Ginebra: OMS, 1960.
- PATERNOSTRO, Júlio. *Viagem ao Tocantins*. SP: Companhia Editora Nacional, 1945.
- PAULA E SILVA, Geraldo Siffert. Formas digestivas na tripanossomíase americana. *Revista Goiana de Medicina*, 04 (1): 57-61, 1958.
- POLÍTICA ESTADUAL E SAÚDE PÚBLICA. *Revista Oeste*, 03 (18): 38-40, 1944.
- PORTO, Calil. Gastropatia chagásica crônica – nota prévia. *Revista Goiana de Medicina*, 01 (1): 43-54, 1955.
- \_\_\_\_\_. & PORTO, Celmo Celeno. História do megaesôfago nos Congressos Médicos do Brasil Central. *Revista Goiana de Medicina*, 16 (1/2): 117-136, 1970.
- PRATA, Aluízio. Prognóstico e Complicações da doença de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, 05 (2): 87-96, 1959a.
- \_\_\_\_\_. Relação etiológica entre doença de Chagas e megaesôfago. *Congresso Internacional sobre a doença de Chagas: resumos dos trabalhos apresentados*. Rio de Janeiro, 1959b.
- RAMOS, Jairo. O médico geral e o especialista. *Revista Goiana de Medicina*, 05 (03): 241-254, 1959a.
- \_\_\_\_\_. doença de Chagas e acalásia, *Congresso Internacional sobre a doença de Chagas: resumos dos trabalhos apresentados*. Rio de Janeiro, 1959b.
- RASSI, Anis. In memorian – José Lima Pedreira de Freitas. *Revista Goiana de Medicina*. 12(1-4): 1-4, 1966.
- \_\_\_\_\_. & CARNEIRO, Omar. Estudo clínico, eletrocardiográfico e radiológico da cardiopatia chagásica crônica. Análise de 106 casos. *Revista Goiana de Medicina*, 02 (04): 287-296, 1956.
- \_\_\_\_\_. et al. Fase aguda da Doença de Chagas – aspectos clínicos observados em 18 casos. *Revista Goiana de Medicina*, 04 (2): 161-189, 1958.
- RASSI, Luiz. Nova Capa. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 04 (1): 04, 1958a.

\_\_\_ . IX Congresso Médico do Brasil Central e Triângulo Mineiro, *Revista Goiana de Medicina*, vol. 04 (03): 203-204, 1958b.

\_\_\_ . União da classe. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 04 (04): 301-302, 1958c.

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DO DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CENTRO DE SAÚDE DE GOIÂNIA DURANTE O ANO DE 1951. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (04): 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 (08): 23-58, 1953.

REZENDE, Joffre M. de. Pressão arterial e pulso no final da gestação. Hipotensão clinostática e colapso vasomotor condicionados pelo decúbito dorsal. *Arquivos Brasileiros de Medicina*. 40 (11-12): 375-414, 1950.

\_\_\_ . Megaesôfago por Doença de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, 02 (4): 279-314, 1956.

\_\_\_ . Forma digestiva da moléstia de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, 05 (3): 193-227, 1959.

\_\_\_ . Alterações do tubo digestivo na moléstia de Chagas. Considerações em torno de 506 casos de megaesôfago. *Anais do Congresso Internacional sobre Doença de Chagas* (1959), 3: 1407-1426, 1963a.

\_\_\_ . The endemic South American Megaesophagus. Clinical aspects of endemic megaesophagus. An. IInd World Congress of Gastroenterology. Vol. I: 69-74, Basel, S. Karger, 1963b.

\_\_\_ . Nova Fase. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 03 (1): 01-02, jan-mar, 1957.

\_\_\_ . Esclarecendo. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 09 (1/2): 01-03, jan-jun, 1963c.

\_\_\_ . Editorial. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 10 (1-2): 01, jan-jun, 1964.

REZENDE, Joffre M. *Vertentes da Medicina*. São Paulo: Giordano, 2001.

\_\_\_ . Revista Goiana de Medicina: 30 anos de existência. *Revista Goiana de Medicina*. 30 (3/4), 1984.

\_\_\_ . Megaesôfago chagásico (mal de engasgo): dados históricos sobre o reconhecimento de sua etiologia. *Gastroenterologia Contemporânea*, 02 (2): 06-15, 1998.

\_\_\_ . Fritz Koeberle e seus estudos sobre a doença de Chagas. *Reunião da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, vol. 35 (suplemento III): 25-34, 2002.

\_\_\_ . A viagem científica de Neiva e Penna: roteiro para os estudos das doenças do sertão. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16 (supl.1): 265-288, 2009.

\_\_\_ . & RASSI, Anis. A medicina em Goiás e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. *Medicina*, Ribeirão Preto, 40 (3): 412-414, 2007.

REZENDE, Joffre M. de. & RASSI, Anis. Comprometimento do esôfago na moléstia de Chagas. Megaesôfago e cardiopatia. *O Hospital*, 53 (1): 1-15, 1958.

REZENDE, Joffre M. de. & MENEGHELLI, U. G. A visita ao Brasil de Franz J. Ingelfinger e sua participação na divulgação dos conhecimentos sobre o megaesôfago chagásico. *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol. 47 (3): 262-268, 2001.

REZENDE, Joffre M. de. et al. Achalasia of esophagus - Panel discussion. An. IInd World Congress of Gastroenterology, Vol. I: 3-45, Basel, S. Karger, 1963.

REZENDE, Joffre M. de; SANTANA, Edvar; DOLES, Jarbas; BORGES, Carlos. Calazar em Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, 09 (3-4): 131-140, 1963.

REZENDE, Joffre M. de.; ZUPELLI, Walfredo & BAFUTTO, Mário Gerard. O problema da transmissão da doença de Chagas por transfusão de sangue – emprego da violeta de genciana como medida profilática. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 11 (1-2): 35-47, jan-jun, 1965.

RIBEIRO, Isaac Barreto. Doença de Chagas na Colônia Agrícola Nacional de Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol .01, nº 02, out-dez, 1955.

\_\_\_ . Forma Aguda da Doença de Chagas em Céres – resultados de diversos tratamentos empregados. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 01 (02): 03-20, 1957.

RIBEIRO, Ronei; et. al. Inquérito em um novo foco de esquistossomose em Goiânia. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 13 (1-2): 17-22, jan-jun, 1967.

ROMAÑA, Cecilio. Epidemiologi. a de la enfermedad de Chagas. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 05 (4): 315-322, out-dez, 1959.

ROSSI, Martiniano. Desenvolvimento da Campanha contra a lepra no Estado de Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 08 (1-4): 39-42, jan-dez, 1962.



SALUM, José et al. Eletroforese das proteínas séricas na fase aguda da doença de Chagas – comportamento evolutivo observado em 15 casos. *Revista Goiana de Medicina*, 05 (1): 13-21, 1959.

SANTOS, Armando Ribeiro dos. Bócio endêmico. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (03): 33-44, 1952.

SENA, Délio Menezes. Relatório: a assistência médica planejada e executada pelo Departamento de Assistência da Fundação Brasil Central, em Goiás e Mato Grosso. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 02 (3): 201-206, jul-set, 1956.

\_\_\_\_. Proteção à infância – medicina preventiva. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 03 (4): 257-264, out-dez, 1957.

SILVA, José Rodrigues da. A esquistossomose mansoni no Brasil Central. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 01 (1): 03-08, jul-set, 1955.

SILVEIRA, José Peixoto. Editorial. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (04): 05, 1952.

\_\_\_\_. *Discursos e Conferências*. Brasília: Horizonte, 1981a.

\_\_\_\_. *Saúde e educação*. Goiânia: Oriente, 1981b.

\_\_\_\_. *José Peixoto da Silveira, o gentil-homem*. Goiânia: Gráfica Centauro, 1987.

\_\_\_\_. *Fragmentos do meu tempo – depoimentos e entrevistas que revelam fatos inéditos da história de Goiás e de Brasília*. Goiânia: Editora Kelps, 1997.

TAFURI, W. L. & BRENER, Z. Lesões do sistema nervoso autônomo do camundongo albino na tripanossomíase experimental na fase aguda. *O Hospital* 69: 371-383, 1966.

VIANNA, E. Velloso. Hipertensão arterial e oftalmologia. *Arquivos de Saúde Pública*. Ano I (03): 64-67, 1952.

### **C) Fontes orais**

ALMEIDA NETO, Francisco Ludovico de. *Depoimento. Projeto Sob o signo do desenvolvimento: ciências sociais, educação sanitária e alimentação (1945-64)*. Rio de Janeiro: Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, 2010.

RASSI, Anis. *Depoimento. Projeto História da Pesquisa sobre a Doença de Chagas no Brasil*. Rio de Janeiro: Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, 2001.

RASSI, Luiz. *Depoimento. Projeto Brasil Imenso Hospital: idéias e políticas de saúde na invenção do país*. Rio de Janeiro: Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, 2006.

REZENDE, Joffre Marcondes de. *Depoimento. Projeto História da Pesquisa sobre a Doença de Chagas no Brasil*. Rio de Janeiro: Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, 2001.

RIBEIRO, Isaac Barreto. *Depoimento. Projeto História da Pesquisa sobre a Doença de Chagas no Brasil*. Rio de Janeiro: Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, 2006.

### **OBRAS DE REFERÊNCIA**

CUMULATED INDEX MEDICUS. Washington: National Library of Medicine, 1961.

OLIVIER, Margaret C.; OLIVIER, Louis J.; SEGAL, Dorothy B. A bibliography on Chaga's disease (1909-1969). Washington: U.S. Government Printing Office, 1972.

### **BIBLIOGRAFIA**

AGE, Mônica de Paula Pereira da Silva. *As parteiras na Cidade de Goiás – século XIX*, 2003. Dissertação de Mestrado. Goiás: Universidade Federal de Goiás.

ALMEIDA, Marta de. Circuito aberto: ideias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol.13 (03): 733-757, jul-set. 2006.

ALMEIDA NETTO, Joaquim Caetano de. William Barbosa – in memoriam. *Revista de Patologia Tropical*, vol. 38 (3): 224-226, jul-set, 2009.

AMADO, Janaína. História e região: reconhecendo e construindo espaços. In: SILVA, Marcos A. (coord.). *República em migalhas – história regional e local*. São Paulo: Marco Zero, 1990.

\_\_. Região, sertão, nação. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, 08 (15): 145-151, 1995.

ARAÚJO, Fernando. Bócio endêmico, Baeta Vianna e Juscelino Kubitschek. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 14 (02): 131-133, 2004.

ARAÚJO, Manoel Rivelino de; SOARES, Paula Carneiro Mota. Pênfigo Foliáceo Brasileiro: um enfoque à etiologia e tratamento. Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2003.

ARAÚJO E SILVA, Nancy Ribeiro. Educação e saúde em Goiás: promessas e mudanças. In: FREITAS, Lena Castello B. F. de (org.). *Saúde e Doenças em Goiás – a medicina possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999.

ARDIGÓ, Fabiano (org.). *Histórias de uma ciência regional – cientistas e suas instituições no Paraná (1940-1960)*. São Paulo: Editora Contexto, 2011.

ARNOLD, David. Introduction: tropical medicine before Manson. In: ARNOLD, David (ed.) *Warm climates and western medicine: the emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*. Amsterdam/ Atlanta: Rodopi, 1996.

ARRUDA, Maria Arminda do Nascimento. *Mitologia da mineiridade. O imaginário mineiro na vida política e cultural do Brasil*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1990.

\_\_\_\_\_. A construção imaginária de Minas Gerais: dimensões literárias. In: QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de (org.). *O imaginário em terra conquistada*. São Paulo: CERU, 1993.

AZEVEDO, Antonio Carlos de et al. Integração dos Serviços de Saúde a nível periférico: experiência da comunidade da Amazônia, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, vol. 07 (4): 289-403, out-dez, 1973.

AZEVEDO, Fernando de. (org.) *As Ciências no Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1969.

BANDIERI, Susana. La posibilidad operativa de la construcción histórica regional o cómo contribuir a una historia nacional más complejizada. In: FERNANDEZ, Sandra R.; DALLA CORTE, Gabriela (orgs.). *Lugares para la historia: espacio, historia regional e historia local en los estudios contemporáneos*. Rosario: UNR, 2001.

BARTRIP, Peter. The 'British Medical Journal': a retrospect. In: BYNUM, W. F.; LOCK, Stephen; PORTER, Roy (eds). *Medical journals and medical knowledge – historical essays*. London and New York: Routledge, 1992.

BASALLA, G. The spread of western science revisited. In: LAFUENTE, A.; ELENA, A.; ORTEGA, M. L. (orgs.). *Mundialización de la ciencia y cultura nacional*. Madrid: Ediciones Doce Calles, 1993.

BASTOS, Élide Rugai. Região e nação: velhos e novos dilemas. In: BOTELHO, André; SCHWARCZ, Lilia Moritz (orgs.). *Agenda brasileira: temas de uma sociedade em mudança*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

BELTRÁN, Carlos López. Ciencia em los márgenes: una reconsideración de la asimetría centro-periferia. In: RUTSCH, Mechthild; SERRANO, Sanchez Carlos (eds.). *Ciencia em los márgenes: ensayos de historia de las ciencias em México*. D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, 1997.

BERNARDES, Genilda Darc. Considerações sobre o Plano de Goiânia. In: SILVA, Luiz Sérgio Duarte da. (org.). *Relações cidade-campo: fronteiras*. Goiânia: Editora UFG, 2000.

BERTRAN, Paulo. A memória consútil e a goianidade. *Revista da UFG*, ano VIII, n.1, junho de 2006.

BICCAS, Maurilane de Souza. *O impresso como estratégia de formação: Revista do Ensino em Minas Gerais (1925-1940)*. Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

BIRN, Anne-Emanuelle. O nexó nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 13 (03): 675-708, 2006.

BURNHAM, John. The 'British Medical Journal' in America. In: BYNUM, W. F.; LOCK, Stephen; PORTER, Roy (eds). *Medical journals and medical knowledge – historical essays*. London and New York: Routledge, 1992.

BURKE, Peter. *Cultura popular na Idade Moderna*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

CAMARGO, Alexandre de Paiva Rio. Um homem de fronteiras: ação e criação de José Carlos de Macedo Soares. In: SENRA, Nelson de Castro (org.). *História das Estatísticas Brasileiras – v.3*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

CAMPI, Daniel. Historia regional ¿Por qué? In: FERNANDEZ, Sandra R.; DALLA CORTE, Gabriela (orgs.). *Lugares para la historia: espacio, historia regional e historia local en los estudios contemporáneos*. Rosario: UNR, 2001.

CAMPOS, Francisco Itami. *O coronelismo em Goiás*. Goiânia: Ed. UFG, 1982.

\_\_\_ . Serviço de Higiene, origem da saúde pública em Goiás. In: FREITAS, Lena Castello B. F. de (org.). *Saúde e Doenças em Goiás – a medicina possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999.

\_\_\_ . Mudança da capital: uma estratégia de poder. In: BOTELHO, Tarcísio Rodrigues (et al). *Goiânia: cidade pensada*. Goiânia: Ed. da UFG, 2002.

CAPEL, Horacio. El asociacionismo científico em iberoamerica – la necesidad de un enfoque globalizador. *Interciencia*, 17(3): 168-176, 1992.

CASTRO SANTOS, Luiz A. Estado e Saúde Pública no Brasil (1889-1930). *Dados - Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v.23, n.2, 1980.

\_\_\_ . O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados - Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, 28 (02): 193-210, 1985.

CARDOSO, Miriam Limoeiro. Teorias da modernização e expansão capitalista. *Anais do XII Congresso Brasileiro de Sociologia*. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2005.

CARVALHEIRO, José da Rocha (org.) et al. *Clássicos em Doença de Chagas: histórias e perspectivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CARVALHO, Eugênio Rezende de Carvalho. Construções de Goiânia. In: BOTELHO, Tarcísio Rodrigues (et al). *Goiânia: cidade pensada*. Goiânia: Ed. da UFG, 2002.

CAVALIERI, Ivonete & NASCIMENTO, Dilene Raimundo. Da lepra à hanseníase: histórias dos que sentiram esta transformação. *Anais do VII Encontro Regional Sudeste de História Oral*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de História Oral, 2007.

CHAMBERS, David Wade. Period and Process in colonial and national science. In: REINGOLD, Nathan; ROTHENBERG, Marc (eds.). *Scientific Colonialism: a cross cultural comparison*. Washington, D.C.; London: Smithsonian Institution, 1987.

\_\_\_\_\_. Locality and science: myths of centre and periphery. In: LAFUENTE, A.; ELENA, A.; ORTEGA, M. L. (orgs.). *Mundialización de la ciencia y cultura nacional*. Madrid: Ediciones Doce Calles, 1993.

\_\_\_; GILLESPIE, Richard. Locality in the History of Science: colonial science, technoscience, and indigenous knowledge. In: MCLEOD, Roy (ed.) *Nature and Empire: science and the colonial enterprise*. New York: Osiris, 2000.

CHAUL, Nasr N. Fayad. *Caminhos de Goiás: da construção da decadência aos limites da modernidade*. Goiânia: Editora da UFG, 2010.

\_\_\_ (coord.). *Coronelismo em Goiás: estudos de casos e famílias*. Goiânia: Mestrado em História/UFG, 1998.

CHAUL, Nasr N. Fayad. *A construção de Goiânia e a transferência da capital*. Goiânia: Editora da UFG, 1988.

\_\_\_ & SILVA, Luis Sérgio Duarte. *As cidades dos sonhos: desenvolvimento urbano em Goiás*. Goiânia: Ed. da UFG, 2005.

CUETO, Marcos. *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú – 1890-1950*. Peru: GRADE. Concytec, 1989.

\_\_\_ . La excelencia en las ciencias biomédicas del siglo XX. In: SALDAÑA, Juan José (ed.). *Historia social de las ciencias en America Latina*. México: Universidad Nacional de México: Miguel Angel Porrua, 1996.

DANTES, Maria Amélia M. A implantação das Ciências no Brasil – um debate historiográfico. In: ALVES, José Jerônimo de Alencar (org.). *Múltiplas faces da história das ciências na Amazônia*. Belém: EDUFPA, 2005.

\_\_\_ . *Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

\_\_\_ . Fases da Implantação da Ciência no Brasil. *Quijué*, 05 (02): 265-275, 1988.

DIAS, João Carlos Pinto. Etiologia chagásica do megaesôfago chagásico no Brasil. *Revista de Patologia Tropical*, vol.30(2): 135-142, jul-dez, 2001.

\_\_\_ . Cecilio Romaña, o sinal de Romaña e a doença de Chagas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 30(5): 407-413, set-out, 1997.

DOLES, Dalísia Elisabeth Martins. *As comunicações fluviais pelo Tocantins e Araguaia no século XIX*. Goiânia: Oriente, 1973.

\_\_\_ . A Santa Casa e os hospitais pioneiros de Goiânia. In: FREITAS, Lena Castello B. F. de (org.). *Saúde e Doenças em Goiás – a medicina possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999.

DUARTE, Regina Horta. “Em todos os lares, o conforto moral da ciência e da arte”: a Revista Nacional de Educação e a divulgação científica no Brasil (1932-1934). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, XI (1): 33-56, 2004.

DUTRA, Eliana de Freitas. *Rebeldes literários da República: história e identidade nacional no Almanaque Brasileiro Garnier (1903-1914)*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

EDLER, Flávio Coelho. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro 1854-1884*, 1992. Dissertação de Mestrado, São Paulo: USP/ Departamento de História.

\_\_\_\_\_. O debate em torno da medicina experimental no Segundo Reinado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, III (2): 284-299, 1996.

\_\_\_\_\_. *Medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ESTEVAM, Luís Antônio. Agricultura tradicional em Goiás. In: PEREIRA, Armantino Alves (coord.). *Agricultura de Goiás: análise e dinâmica*. Brasília: Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Goiás: Universidade Católica de Goiás, 2004.

ETZEL, Eduardo. A singular história dos megas chagásicos. *GED*, 18 (3): 105-109, 1999.

FACULDADE DE MEDICINA: UMA MISSÃO DE FAMÍLIA, UM IDEAL COLETIVO. UFG Afirmativa, (2):10-13, 2008.

FARLEY, John. 1898: A declaration of war. In: *Bilharzia: a history of Imperial Tropical Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

FERNANDES, Florestan. Um retrato do Brasil. In: *Mudanças Sociais no Brasil – aspectos do desenvolvimento da sociedade brasileira*. Rio de Janeiro: DIFEL, 1979.

FERREIRA, Gracy Tadeu da Silva. O coronelismo em Goiás (1889-1930): as construções feitas do fenômeno pela história e literatura. In: CHAUL, Nasr N. Fayad (coord.). *Coronelismo em Goiás: estudos de casos e famílias*. Goiânia: Mestrado em História/ UFG, 1998.

FERREIRA, Luís Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. Tese de Doutorado – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-1843). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. VI (2): 331-51, 1999.

\_\_\_\_\_. MAIO, Marcos & AZEVEDO, Nara. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, IV (03): 475-491, nov.1997-fev.1998.

FERRI, M. G. & MOTOYAMA, S. (orgs.). *História das Ciências no Brasil*. São Paulo: EPU: Ed. da Universidade de São Paulo, 1979.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *A arte de curar – cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Mundialização da ciência e respostas locais: sobre a institucionalização das ciências naturais no Brasil (de fins do século XVIII à transição ao século XX). *Asclépio – Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Madrid, L (02): 107-123, 1998.

\_\_\_\_\_. *As ciências geológicas no Brasil: uma história social e institucional, 1875-1934*. São Paulo: Hucitec, 1997.

FONSECA, Cristina M. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde (1953-1990). In: BENCHIMOL, J. *Febre Amarela: a doença e a vacina – uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos/ Fiocruz, 2001.

\_\_\_\_\_ & HAMILTON, Wanda. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol.10, nº03, set-dez 2003.

FREITAS, Lena Castello B. F. de (org.). *Saúde e Doenças em Goiás – a medicina possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999.

\_\_\_\_\_. *Goiás: história e cultura*. Rio de Janeiro: Descubra, 2008.

\_\_\_\_\_. *Ensinar e curar: do empirismo à ciência*. Versão preliminar, 2009a.

\_\_\_\_\_. Medicina e Historiografia em Goiás. In: *Anais do I Simpósio de Medicina e Saber Médico em Goiás – Instituto Histórico e Geográfico de Goiás*, 2009b.

FUNES, Eurípedes. *Goiás (1800-1850): um período de transição da mineração à agropecuária*. Goiânia: Ed. UFG, 1986.

GARCIA, Ledonias Franco. *Goyaz: uma província do sertão*. Goiânia: Cãnone Editorial/ Editora PUC-Goiás, 2010.

GARRIET, Laurie. Transição da saúde. A era do otimismo: vamos erradicar a doença. In: GARRET, L. (org.) *A próxima peste: novas doenças num mundo em desequilíbrio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.



GAVROGLU, Kostas; PATINIOTIS, Manolis; PAPANELOPOULOU, Faidra; SIMÕES, Ana (et al.). Science and technology in the european periphery: some historiographical reflections. *History Science*, XLVI: 153-175, 2008.

GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes: o cotidiano de um moleiro perseguido pela inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

GODINHO, Iúri Rincon. *Médicos e Medicina em Goiás: do século XVIII aos dias de hoje*. Goiânia: Ed. da UCG; Contato Comunicação, 2005.

\_\_\_\_\_. *História da Oftalmologia em Goiás*. Goiânia: Contato Comunicação, 2009.

GOMES, Ângela M. de Castro & FERREIRA, Marieta de Moraes. Primeira República, um balanço historiográfico. *Estudos Históricos*, vol.02 (04): 244-280, 1989.

GOMES, Ângela Maria de Castro & ABREU, Martha. Apresentação. *Tempo*, vol. 13 (26): 01-14, 2009.

GUIMARÃES, Manoel Luís Salgado. Nação e civilização nos trópicos – o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro e o projeto de uma história nacional. *Estudos Históricos*, vol. 01 (01): 05-27, 1988.

HIDASI Filho, J.; GARCIA-ZAPATA, M.T.A. & SANTOS, U.G. Perfil Histórico da Leishmaniose Tegumentar Americana no Estado de Goiás, Brasil. *Jornal Brasileiro de História da Medicina*, 7(1): 5-7, 2004.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, vol.06 (11): 40-61, 1993.

\_\_\_\_\_. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, Anpocs, 1998.

\_\_\_\_\_. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, Helena (org.). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. RJ: Editora FGV, 2001.

\_\_\_\_\_. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol.16 (suplemento 01): 313-331, 2009.

\_\_\_\_\_. & FONSECA, Cristina M. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

KARASCH, Mary C. História das doenças e dos cuidados médicos na capitania de Goiás. In: FREITAS, Lena Castello B. F. de (org.). *Saúde e Doenças em Goiás – a medicina possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999.

KROPF, Simone Petraglia. En busca de la enfermedad del Brasil: los médicos del interior y los estudios sobre el mal de Chagas (1935-1956). In: CARBONETTI, A. & GONZÁLEZ-LEANDRI, R. (Eds.) *Historias de Salud y Enfermedad en América Latina, Siglos XIX y XX*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Conicet, 2008.

\_\_\_\_\_. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. & 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.

KURY, Lorelai B. Viajantes Naturalistas no Brasil Oitocentista. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. vol. VIII (Suplemento): 863-880, 2001.

LABRA, E. 1955-1964: o sanitarismo desenvolvimentista. In: TEIXEIRA, S. F. et al (Coords.) *Antecedentes da reforma sanitária: textos de apoio*. Rio de Janeiro: PEC/ Ensp, 1988.

LAFUENTE, Antonio. La ciencia periférica y su especialidad historiográfica. In: SALDAÑA, J.J. (ed.). *El perfil de la ciencia en América*. México: Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología, 1986.

\_\_\_\_\_. & SALA C., Jose. Ciencia colonial y roles profesionales en la América Española del siglo XVIII. *Quiipu*, México, 6(3): 387-403, 1989.

LAFUENTE, A. & ORTEGA, M. L. Modelos de mundialización de la ciencia. *Arbor*, 142 (558/560): 93-117, 1992.

LAFUENTE, A.; ELENA, A.; ORTEGA, M. L. Un diálogo a tres bandas. In: *Mundialización de la ciencia y cultura nacional*. Madrid: Ediciones Doce Calles, 1993.

LAVEAGA, Gabriela Soto. Bringing the Revolution to Medical Schools: Social Service and a Rural Health Emphasis en 1930s Mexico. *Estudios Mexicanos*, 2013a. No prelo.

\_\_\_\_\_. Seeing the Countryside through Medical Eyes: Social Service Reports in the Making of a Sickly Nation. *Endeavour*, 2013b. Versão preliminar da autora.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Tristes Trópicos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan, Iuperj/ Ucam, 1999.

\_\_\_\_\_. Viagem Científica ao Coração do Brasil: notas sobre o relatório de expedição de Arthur Neiva e Belisário Pena a Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás (1912). *Revista da Fundação Museu do Homem Americano*. Rio de Janeiro, 01 (03): 185-215, 2003.

\_\_\_\_\_. Uma brasileira médica: o Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisário Penna e na viagem ao Tocantins de Julio Paternostro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 16 (suplemento 1): 229-248, 2009.

\_\_\_\_\_. Campo e cidade: veredas do Brasil moderno. In: BOTELHO, André; SCHWARCZ, Lilia Moritz (orgs.). *Agenda brasileira: temas de uma sociedade em mudança*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (org.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ CCBB, 1996.

\_\_\_\_\_; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência, Saúde Coletiva*. n. 5, n. 2, p. 313-332, 2000.

\_\_\_\_\_; HOCHMAN, Gilberto. “Pouca saúde e muita saúva: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais”. In: ARMUS, Diego & HOCHMAN, Gilberto. *Cuidar, controlar, curar – ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. RJ: Editora Fiocruz, 2004.

\_\_\_\_\_. HOCHMAN, Gilberto & FONSECA, Cristina M. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, Nísia T; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio C.; SUÁREZ, Julio M. (orgs.) *Saúde e Democracia – história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LOMNITZ, Larissa. El congreso científico: una perspectiva antropológica. *Vuelta*. Vol.5 (59): 45-48, 1981.

LOPES, Maria Antonieta Borges & CHAPADEIRO, Edmundo. Retrospectiva Histórica dos 50 anos da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. *História da Medicina*, vol. 13 (04): 297-309, 2003.

LOPES, M. M. *O Brasil descobre a pesquisa científica: os museus e as ciências naturais no século XIX*. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOUDON, Jean; LOUDON, Irvine. Medicine, politics and the medical periodical 1800-50. In: BYNUM, W. F.; LOCK, Stephen; PORTER, Roy (eds). *Medical journals and medical knowledge – historical essays*. London and New York: Routledge, 1992.

LOWY, Ilana. *Vírus, Mosquitos e Modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LUCA, Tânia Regina de. *A Revista do Brasil: um diagnóstico para a (N)ação*. São Paulo: UNESP, 1999.

MACLEOD, Roy. The worldwide diffusion of science. In: LAFUENTE, A.; ELENA, A.; ORTEGA, M. L. (orgs.). *Mundialización de la ciencia y cultura nacional*. Madrid: Ediciones Doce Calles, 1993.

\_\_. De visita a la Moving Metropolis: reflexiones sobre la arquitectura de la ciencia imperial. In: LAFUENTE, Antonio; SALDAÑA, Juan J. (coords.). *Historia de las ciencias*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987.

MAIO, Marcos Chor & LIMA, Nísia T. Tradutores, intérpretes ou promotores de mudança? Cientistas sociais, educação sanitária rural e resistências culturais (1940-1960). *Sociedade e Estado*, Brasília, 24(2): 529-561, 2009.

MAGALHÃES, Luiz Ricardo. *Sertão planaltino: cultura, religiosidade e política no cadinho da modernização (1950-1964)*. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

MAGALHÃES, Sônia Maria de. *Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX*. Tese de Doutorado – Departamento de História da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2004a.

\_\_. Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde em Goiás ao longo do século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 11(3):661-83, 2004b.

\_\_. O cenário nosológico de Goiás no século XIX. *Varia Historia*, Belo Horizonte, 21 (34): 456-473, 2005.

MAIA, João Marcelo Ehlert. As ideias que fazem o Estado andar: imaginação espacial, pensamento brasileiro e território no Brasil Central. *Dados*, vol. 53 (3): 621-655, 2010.

MARTINS, Ruth B. Do papel ao digital: a trajetória de duas revistas científicas brasileiras. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT)

e Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO/UFRJ), Rio de Janeiro, 2003.

MERTON, Robert K. & ZUCKERMAN, Harriet. Pautas institucionalizadas de avaliação em la ciência – 1971. In: MERTON, R. K. *La sociologia de la ciência 2 – investigaciones teóricas y empíricas*. Madrid: Alianza Editorial, 1971.

MENDONÇA, Sônia Regina de. *Estado e Economia no Brasil: opções de desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MORAES, Antonio Carlos Robert. *Geografia histórica do Brasil: capitalismo, território e periferia*. São Paulo: Annablume, 2011.

MORAES, Cristina Cássia Pereira de. *As estratégias de purificação dos espaços na capital da Província de Goiás (1825-1843)*. Dissertação de Mestrado – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1995.

\_\_\_ . O Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara e os trabalhadores na cidade de Goiás – 1830-1860. In: FREITAS, Lena Castello B. F. de (org.). *Saúde e Doenças em Goiás – a medicina possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999.

MORAES, Maria Augusta de Sant'Anna. *História de uma oligarquia: os Bulhões*. Goiânia: Oriente, 1974.

MORAIS, Ana Maria. *AMG 60 anos: história da Associação Médica de Goiás*. Goiânia: Contato Comunicação, 2009.

MOREIRA, Ildeu de Castro & MASSARANI, Luisa. A divulgação científica no Rio de Janeiro: algumas reflexões sobre a década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, VII (3): 627-651, nov. 2000 - fev. 2001.

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.

MULLER, Suzana Pinheiro Machado & OLIVEIRA, Hamilton Vieira de. Autonomia e dependência na produção da ciência: uma base conceitual para estudar relações na comunicação científica. *Perspectivas em Ciência da Informação*. Vol. 08 (01): 58-65, 2003.

NEPOMUCENO, Maria Araújo. *O papel político-educativo de A Informação Goyana na construção da nacionalidade*. Goiânia: Editora UFG, 2003.

OLIVEIRA, Eliézer Cardoso de. As imagens de Goiânia na literatura mudancista. In: CHAUL, Nasr Fayad. & SILVA, Luis Sérgio Duarte. *As cidades dos sonhos: desenvolvimento urbano em Goiás*. Goiânia: Ed. da UFG, 2005.

OLIVEIRA, Hamilton Afonso de. Uma abordagem histórica do turismo – Caldas Novas (GO): de espaço de cura a espaço de lazer e entretenimento. In: SERPA, Élio Cantalício & MAGALHÃES, Sônia Maria (orgs.). *Histórias de Goiás: memória e poder*. Goiânia: Ed. da UCG, 2008a.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. A conquista do espaço: sertão e fronteira no pensamento brasileiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 5 (suplemento): 195-215, 1998.

\_\_\_\_\_. Estado Novo e a conquista de espaços territoriais e simbólicos. *Política & Sociedade*. 07(12): 13-21, 2008b.

\_\_\_\_\_; VELLOSO, Mônica Pimenta; GOMES, Angela Maria de Castro. *Estado Novo: ideologia e poder*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1982.

OLIVEIRA, Luiz Antônio Pinto de Oliveira. Em 1959, o censo experimental na alvorada de Brasília. In: SENRA, Nelson de Castro (org.) *Veredas de Brasília: as expedições geográficas em busca de um sonho*. Rio de Janeiro: IBGE, Centro de Documentação e Disseminação de Informações, 2010.

OLIVEIRA, Ricardo Brandt de. A Doença de Chagas e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: os primeiros tempos. *Medicina*, Ribeirão Preto, 33: 338-340, 2000.

OLIVEIRA, Ricardo. Euclides da Cunha, Os Sertões e a invenção de um Brasil profundo. *Revista Brasileira de História – Dossiê Viagens e Viajantes*, vol. 22 (44): 511-537, 2002.

OLIVEN, Ruben George. *A parte e o todo: a diversidade cultural no Brasil-nação*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011a.

OLIVEN, Ruben George. Identidade nacional: construindo a brasilidade. In: BOTELHO, André; SCHWARCZ, Lilia M. (orgs.). *Agenda brasileira: temas de um sociedade em mudança*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011b.

OS 40 ANOS DO INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL. *UFG Afirmativa*, 03: 32, 2009.

PACHECO, Altamiro de Moura. Primórdios de Brasília. *Separata da Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro de Goiás*, Goiânia, nº 4, 1982.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitarismo campanhista e desenvolvimentista no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol.13 (4): 795-831, 2006.

PALACÍN, Luís. A construção de Goiânia e o desenvolvimento de Goiás. *Separata dos Anais do VI Simpósio Nacional dos Professores Universitários de História*. São Paulo, 1974.

PAULA, Thiarlles Elias de. A construção narrativa e da memória em Goiânia nas décadas de 1930-40. Anais do II Congresso Internacional de História da UFG/Jataí - Textos completos. Jataí (s.ed.), 2011.

PEREIRA, Eliane M. C. Manso. O Estado Novo e a Marcha para o Oeste. *História Revista* 02 (1): 113-129, 1997.

\_\_. Goiânia, filha mais moça e bonita do Brasil. In: BOTELHO, Tarcísio Rodrigues (et al). *Goiânia: cidade pensada*. Goiânia: Ed. da UFG, 2002.

POLANCO, Xavier. La ciencia como ficción. Historia y contexto. In: SALDAÑA, J.J. (ed.). *El perfil de la ciencia en América*. México: Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología, 1986.

PONTES, Alana Abrantes Nogueira. et.al. Iodação do sal no Brasil, um assunto controverso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*. Vol.53 (01): 113-114, 2009.

PRATA, Aluizio. In memoriam Philip Davis Marsden. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 30 (6): 537-540, 1997.

\_\_. Evolution of the Clinical and Epidemiological knowledge about Chagas Disease 90 years after its discovery. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, vol.94, (Suppl.I): 81-88, 1999.

QUEVEDO, Emilio. Os estudos histórico-sociais sobre as ciências e a tecnologia na América Latina e na Colômbia: avaliação e perspectivas. In: FIGUEIRÔA, Silvia (org.). *Um olhar sobre o passado: história das ciências na América Latina*. Campinas: UNICAMP, 2000.

RABELO, Francisco Chagas Evangelista. Desenvolvimentismo e identidade: parâmetros da reconstrução das ciências sociais e humanas em Goiás. *Sociedade e Cultura*, 1 (1): 63-69, 1998.

REINGOLD, Nathan; ROTHENBERG, Marc (eds.). Introduction. *Scientific Colonialism: a cross cultural comparison*. Washington, D.C.; London: Smithsonian Institution, 1987.

REZENDE, Joffre M. *Vertentes da Medicina*. São Paulo: Giordano, 2001.

\_\_\_\_\_. Megaesôfago chagásico (mal de engasgo): dados históricos sobre o reconhecimento de sua etiologia. *Gastroenterologia Contemporânea*, 02 (2): 06-15, 1998.

\_\_\_\_\_. A viagem científica de Neiva e Penna: roteiro para os estudos das doenças do sertão. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 265-288, 2009.

ROSA, João Guimarães. *Grande Sertão: Veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

SÁ, Dominichi Miranda de. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.16 (supl.1): 183-203, 2009.

\_\_\_\_\_; SÁ, Magali Romero; LIMA, Nísia Trindade. Telégrafos e inventário do território no Brasil: as atividades científicas da Comissão Rondon (1907-1915). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.15 (03): 779-810, 2008.

SALDAÑA, Juan José. Ciência e identidade cultural: a história da ciência na América Latina. In: FIGUEIRÔA, Silvia (org.). *Um olhar sobre o passado: história das ciências na América Latina*. Campinas: UNICAMP, 2000.

\_\_\_\_\_. “Pensar nuestra ciencia”. 25 años de historiografía de la ciencia latinoamericana. In: SALDAÑA, Juan José (ed.). *Historia social de las ciencias en America Latina*. México: Universidad Nacional de México: Miguel Angel Porrúa, 1996.

SALLES, Gilka Vasconcelos Ferreira de. Saúde e doenças em Goiás – 1826-1930. In: FREITAS, Lena Castello B. F. de (org.). *Saúde e Doenças em Goiás – a medicina possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999.

SANJAD, Nelson Rodrigues. *A coruja de Minerva: o Museu Paraense entre o Império e a República: 1866-1907*. Brasília: Instituto Brasileiro de Museus; Belém: Museu Paraense Emilio Goeldi; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História da medicina no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1947.

\_\_\_\_\_. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Edusp, 1977.

\_\_\_\_\_. *Pequena história da medicina brasileira*. São Paulo: Parma, 1980.



SCHWARTZMAN, Simon. *Um espaço para a ciência: formação da comunidade científica no Brasil*. Brasília: MCT/ Centro de Estudos Estratégicos, 2001.

SCHWEICKARDT, Júlio C. *Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890-1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

\_\_\_\_\_. & LIMA, Nísia T. os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14 (supl.): 15-50, 2007

SENA, Custódia Selma. *Interpretações Dualistas do Brasil*. Goiânia: Editora UFG, 2003.

\_\_\_\_\_. Regionalismos e Sociabilidades. *O olho da História*. n.14, Salvador, junho de 2010.

SILVA, Leicy Francisca da. *Saúde Pública e Medicina Popular em Goiás – 1930-1945*. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2003.

\_\_\_\_\_. Colônia Santa Marta e a hanseníase em Goiás. In: Serpa, Élio Cantalício, Magalhães, Sônia Maria de. (orgs.). *Histórias de Goiás: memória e poder*. Goiânia: Editora da UCG, 2008a.

\_\_\_\_\_. A persistência de um saber: medicina popular em Goiás de 1930 a 1950. *Anais do XXIII Simpósio Nacional de História – História: Guerra e Paz*, Londrina: Editorial Mídia, 2005, v.23, p. 1-580.

SILVA, Luiz Sérgio Duarte da. Progresso e sertão goiano: a espera. In: BOTELHO, Tarcísio Rodrigues (et al). *Goiânia: cidade pensada*. Goiânia: Ed. da UFG, 2002.

SILVA, Raphael Oliveira da. O Movimento da letra O (1950/1954): uma investigação histórica do primeiro movimento grevista médico brasileiro. *Anais do XIV Encontro Regional da ANPUH-Rio – memória e patrimônio*. Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, Renato da. *Malária e desenvolvimento: a saúde pública no governo JK (1956-1961)*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008b.

SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. Região e História: questão de método. In: SILVA, Marcos A. (coord.). *República em migalhas – história regional e local*. São Paulo: Marco Zero, 1990.

SIX DECADES OF SERVICE – THE TROPICAL DISEASES BULLETIN (1912-1972). *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Vol.21(6): 1004-1005, 1972.

SKIDMORE, Thomas. *Preto no Branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

SOARES, Sheila. et. al. Efeito de dois agentes tripanosomicidas, violeta de genciana e WR6026, na preservação de concentrado de plaquetas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37 (3): 248-251, 2004.

STARLING, Heloísa. *Lembranças do Brasil – teoria, política, história e ficção em Grande Sertão: Veredas*. Rio de Janeiro: REVAN: UCAM, IUPERJ, 1999.

STEPAN, Nancy. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira – Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Ed. Artenova, 1976.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Na arena de Esculápio – a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1895-1913)*. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

TOY, Jennifer. The Ingelfinger Rule: Franz Ingelfinger at the New England Journal of Medicine, 1967-1977. *Science Editor*, vol. 25 (06): 195-198, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS: UM SONHO DE ESTUDANTE. *UFG Afirmativa* (2): 20-22, 2008.

VASCONCELOS, Adirson. *A epopeia da construção de Brasília*. Brasília: Thesaurus Editora, 1969.

VERGARA, Moema Rezende. *A Revista Brasileira: vulgarização científica e construção da identidade nacional na passagem da Monarquia para a República*. Tese de doutorado – Programa de Pós-Graduação em História Social da Cultura, PUC, Rio de Janeiro, 2003.

VESSURI, Hebe. El proceso de institucionalización. In: SALOMÓN, J. J.; SARHS, C. (compls.). *Una búsqueda incierta – ciencia, tecnología y desarrollo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1995.

VIDAL E SOUZA, Candice. Batismo cultural de Goiânia: um ritual da nacionalidade em tempos de Marcha para o Oeste. In: BOTELHO, Tarcísio Rodrigues et al. (orgs). *Goiânia: cidade pensada*. Goiânia: Ed. da UFG, 2002.

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

\_\_\_\_\_. No coração do Brasil, uma capital saudável – a participação dos médicos e sanitaristas na construção de Brasília (1956-1960). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 16 (suplemento 01): 289-312, 2009.

\_\_\_\_ & 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 (47): 29-48, 2011.

WELTMAN, Wanda Latmann. *A educação do Jeca: ciência, divulgação científica e agropecuária na revista Chácaras e Quintais (1909-1948)*. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

WILCOCKS, Charles. The Tropical Diseases Bulletin – 1912-1972. *The practitioner*. 209 (1253):706-708, 1972.

WORBOYS, Michael Tropical Diseases. In: BYNUM, W. F. & PORTER, Roy (eds.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London/ New York: Routledge, v. 01, 1997.

### **Sites consultados**

Academia Goiana de Medicina: [www.academiademedicina.com.br](http://www.academiademedicina.com.br)

Academia de Medicina de São Paulo: [www.academiamedicinasaopaulo.org.br](http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br)

Academia Nacional de Medicina: [www.anm.org.br](http://www.anm.org.br)

Biblioteca Virtual em Saúde (Ministério da Saúde): [www.bvsmis.saude.gov.br](http://www.bvsmis.saude.gov.br)

Canal Ciência (Ministério da Ciência e Tecnologia): [www.canalciencia.ibict.br](http://www.canalciencia.ibict.br)

Federação Brasileira de Gastroenterologia: [www.fbg.org.br](http://www.fbg.org.br)

Fundação Oswaldo Cruz: [www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br)

Organização Panamericana de Saúde: [www.paho.org](http://www.paho.org)

Portal da Saúde (Sistema Único de Saúde – SUS): [www.portalsaude.saude.gov.br](http://www.portalsaude.saude.gov.br)

Senado Federal: [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br)

Sociedade Brasileira de Infectologia: [www.infectologia.org.br](http://www.infectologia.org.br)

Sociedade Brasileira de Dermatologia: [www.sbd.org.br](http://www.sbd.org.br)

Tua Saúde: [www.tuasaude.com](http://www.tuasaude.com)

## **Anexo**

## Anexo 01

ESTADO DE GOIÁS		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		ESTADO DE GOIÁS		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
MUNICÍPIOS		MÉDICOS RESIDENTES EM 1951		MUNICÍPIOS		MÉDICOS	
MUNICÍPIOS	NÚMERO		Densidade Demográfica	Áreas Km 2	MÉDICOS		Habs.
	Habitantes 1-7-950	Médicos			Km 2	Habs.	
Goiania	1816	55423	30,5	26,3	803	26,3	803
Anápolis	1799	50880	28,2	85,6	2122	85,6	2122
Amatás	1750	16808	9,6	875,0	8404	875,0	8404
Araguacema	30580	13818	5,1	—	—	—	—
Araguatins	6531	4324	0,6	—	—	—	—
Arraias	5903	7106	1,2	—	—	—	—
Aurilândia	2331	12163	5,1	—	—	—	—
Balsas	3976	11742	2,9	—	—	—	—
Buriti Alegre	840	9246	11,0	280,0	3082	280,0	3082
Caiapônia	13901	15432	1,1	6950,5	7716	6950,5	7716
Caldas Novas	2396	9648	4,0	1198,0	4824	1198,0	4824
Catalão	4755	31030	6,5	1188,7	7757	1188,7	7757
Cavalcante	16442	9424	0,5	—	—	—	—
Chapê	3051	6287	2,0	—	—	—	—
Corumbá de Goiás	4527	22516	4,9	2263,5	11258	2263,5	11258
Corumbaloba	1648	8095	1,0	824,0	4047	824,0	4047
Cristalina	5291	5588	9,7	5294,0	5588	5294,0	5588
Cumari	688	6786	1,1	688,0	6786	688,0	6786
Dianópolis	6883	7607	1,5	—	—	—	—
Edéia	2521	3807	1,0	—	—	—	—
Filadélfia	12707	13482	6,8	—	—	—	—
Firminópolis	888	6062	1,7	444,0	3031	444,0	3031
Formosa	13548	23632	10,0	4516,0	7877	4516,0	7877
Goandira	889	8940	3,8	444,5	4470	444,5	4470
Goiás	33090	125943	3,4	2757,5	10495	2757,5	10495
Goiatuba	4492	15478	5,4	2246,0	7759	2246,0	7759
Guapó	1049	5701	5,6	—	—	—	—
Hidrolândia	1146	6521	1,0	1146,0	6521	1146,0	6521
Inhumas	980	17703	3,5	326,6	5901	326,6	5901
Ipameri	6200	21991	5,7	775,0	2749	775,0	2749
Iporá	2488	14296	8,4	846,0	7176	846,0	7176
Itaberai	1692	14353	0,5	—	—	—	—
Itagatins	11789	6533	1,1	—	—	—	—
Itapaci	18064	21236	1,1	—	—	—	—
Itumbiara	4178	24333	5,8	1044,5	6083	1044,5	6083
Jaraguá	5006	32153	3	9450,0	10718	9450,0	10718
Jataí	28350	7159	11,5	—	—	—	—
Leopoldo de Bulhões	10900	19875	1,8	—	—	—	—
Luziânia	7496	9079	1,2	3633,0	6625	3633,0	6625
Miracema do Norte	11238	9502	0,8	—	—	—	—
Mineiros	2836	20995	7	5619,0	2999	5619,0	2999
Morrinhos	11848	11690	0,9	405,0	11690	405,0	11690
Natividade	309	3683	1	118480	3683	118480	3683
Nazarão	208	5793	1	309,0	5793	309,0	5793
Nerópolis	11439	11131	0,9	208,0	—	—	—
Niquelândia	2125	10874	5,1	—	—	—	—
Orizona	3141	16932	5,3	708,3	8466	708,3	8466
Palmeiras de Goiás	13442	5681	0,4	1570,0	—	—	—
Paraná	5583	5731	1,0	—	—	—	—
Parauapebas	39507	39503	1,0	5583,0	39503	5583,0	39503
Pedro Afonso	25533	7116	0,9	39507,0	—	—	—
Peixe	877	9588	1	—	—	—	—
Petrolina de Goiás	3511	17457	2	877,0	9588	877,0	9588
Piracanjuba	6375	22557	2	1755,5	8528	1755,5	8528
Pirenópolis	1152	13229	6	3187,5	2205	3187,5	2205
Pires do Rio	5842	7523	2	192,0	3761	192,0	3761
Planaltina	2227	10819	3	2921,0	3606	2921,0	3606
Pontalina	85897	8777	4,8	742,3	—	—	—
Porangatu	18905	42702	1	—	—	—	—
Porto Nacional	5406	14113	0,4	—	—	—	—
Posse	6989	18473	2,6	85897,0	—	—	—
Quirinópolis	15059	25329	2,6	2165,1	3618	2165,1	3618
Rio Verde	965	3808	1,6	—	—	—	—
Santa Cruz de Goiás	1192	9021	3,9	—	—	—	—
Santa Helena de Goiás	6847	9484	7,5	—	—	—	—
São Domingos	3176	15294	1,3	3176,0	15294	3176,0	15294
Silvânia	7109	8887	4,8	—	—	—	—
Sítio d'Abadia	1908	10663	0,9	954,0	5381	954,0	5381
Suguaçu	8811	10243	5,5	—	—	—	—
Taguatinga	7773	29582	1,1	—	—	—	—
Tocantinópolis	1203	17684	3,8	1203,0	17684	1203,0	17684
Trindade	22307	15026	14,6	22307,0	15026	22307,0	15026
Uruaçu	1179	7201	0,6	383,0	2400	383,0	2400
Uruana	720	4180	6,1	720,0	4180	720,0	4180
Urutai	969	6021	5,8	969,0	6021	969,0	6021
Vianópolis	624493	1234740	1,9	2974,0	5880	2974,0	5880
TOTAL	624493	1234740	1,9	2974,0	5880	2974,0	5880

Fonte: Silva, 1981: 40-41

## Anexo 02

ESTADO DE GOIAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
SERVIÇO ITINERANTE DE SAUDE

Prncipais atividades desde a sua instalação (17-7-1951) até julho de 1952

UNIDADES DE SAUDE	Com- pareci- mento para medita- ção	Imuni- zações antiva- riólicas	Outras Imuni- zações	Visitas do P. I. (avião)	Higiene Dentária	
						Nº de extra- ções
Araguatins	1287	—	—	3	53	—
Arraias	854	10	—	5	24	142
Araguacema	296	—	—	5	—	83
Amaro Leite	806	—	—	5	—	—
Almas	—	—	—	5	—	—
Araguaina	—	—	—	5	42	—
Cavalcante	1131	—	294	5	—	135
Chapada	637	—	—	6	41	—
Chapéu	704	310	8	6	12	122
Conceição do Norte	557	2	73	6	58	50
Dianópolis	4235	—	240	6	37	250
Filadélfia	681	—	—	6	64	154
Goianésia	532	100	344	6	68	222
Miracema do Norte	2198	56	—	5	—	185
Mansinho	50	—	—	6	83	—
Natividade	3651	179	5	6	—	318
Novo Acordo	—	—	—	6	32	—
Nova Roma	50	98	—	6	19	141
Pedro Afonso	1313	—	137	5	63	71
Feixe	1653	—	5	6	87	225
Posse	869	12	5	2	55	324
Paraná	829	—	—	1	24	167
Porangatú	914	590	200	8	—	94
Pium	360	—	—	7	—	—
Piaçá	90	—	—	4	—	—
Lizarda	—	—	—	1	50	—
Sítio D'Abadia	1983	—	10	1	86	137
São Domingos	1201	—	—	1	—	260
Itaguatins	642	—	—	2	—	—
Itacajá	60	—	—	8	31	—
Taipas	1645	—	170	7	34	107
Tocantínia	1357	—	—	2	29	100
Tupirama	978	—	—	1	62	134
Tocantinópolis	1078	—	—	3	29	207
Taguatinga	1974	—	—	2	23	99
Uruaçu	4892	—	121	7	7	99
<b>TOTAL</b>	<b>40.045</b>	<b>1468</b>	<b>1705</b>	<b>174</b>	<b>1158</b>	<b>3948</b>

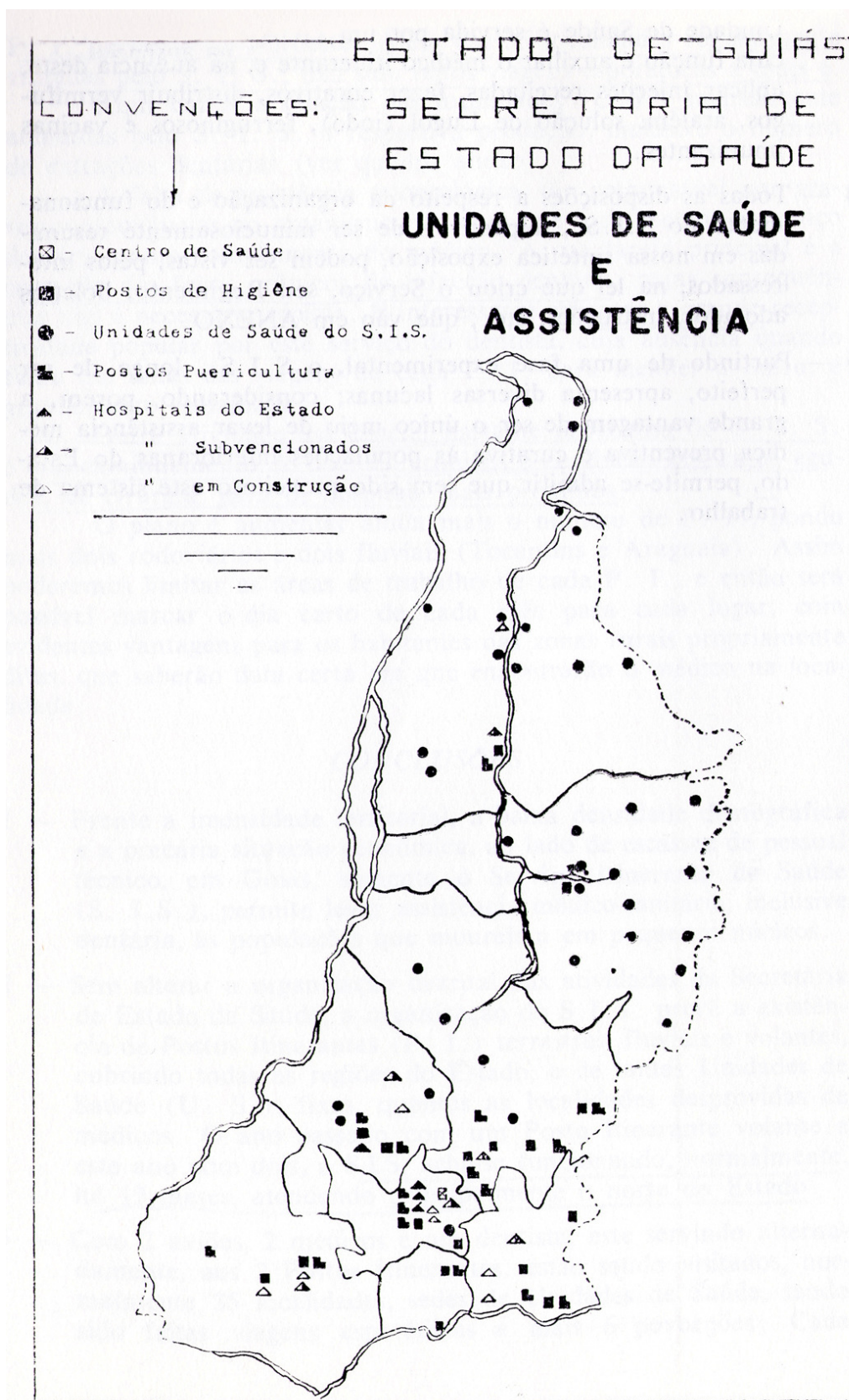
Fonte: Silva, 1981: 39

Anexo 03

TABELA V ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DIVISÃO TÉCNICA												
MÉDICOS RESIDENTES NO ESTADO DE GOIÁS EM 1952												
MUNICÍPIOS	NÚMERO			densidade populac. km <sup>2</sup>	MÉDICOS		km <sup>2</sup>	total				
	Áreas km <sup>2</sup>	Habit. 1/30	Médicos		km <sup>2</sup>	total						
Quilândia	1 816,55	4 73	79	30,5	22,9	701	11 848	11 690	0,9	11 848,0	11 690	
Anápolis	1 799,30	880	26	28,2	69,1	1 956	309	3 683	11,9	309,0	3 683	
Alicurus	1 750,16	808	2	9,6	875,0	8 404	208	5 733	27,8	208,0	5 733	
Araguacema	30 580,13	818	—	3,1	—	—	11 439	11 331	0,9	—	—	
Araguatinas	6 531,4	321	—	0,6	—	—	2 150	10 874	5,1	708,3	3 625	
Arraias	5 903,7	103	—	1,2	—	—	3 141	16 332	5,3	1 570,0	8 463	
Aurilândia	2 331,12	103	—	5,1	—	—	13 442	5 681	0,4	—	—	
Basília	3 976,11	742	—	2,9	—	—	5 581	5 731	1,0	5 583,0	5 731	
Buriti Alegre	840,9	246	3	11,0	280,0	3 082	49 597	39 503	0,9	39 507,0	39 503	
Buriti Alegre	13 901,5	432	2	1,1	6 950,5	7 716	2,5	533	7 116	0,3	—	—
Caladônia	2 396,9	648	2	4,0	1 198,0	4 824	3 571	9 588	10,9	877,0	9 588	
Caldas Novas	4 755,31	030	4	6,5	1 188,7	7 757	6 575	22 557	4,9	1 755,5	8 528	
Catalão	16 442,9	424	—	0,5	—	—	1 152	13 229	3,5	3 187,5	11 278	
Cavalcante	3 051,6	287	—	2,0	—	—	5 842	7 533	10,1	1 924,0	2 205	
Chapéu	4 527,22	516	2	4,9	2 263,5	11 288	2 227	10 811	4,8	742,3	3 606	
Corumbá de Goiás	1 618,8	085	1	2,0	—	—	18 905	8 777	0,4	—	—	
Corumbaliba	5 291,5	588	1	4,9	824,0	4 047	85	8 742	0,4	948,5	21 351	
Cristalina	6 688,6	786	1	1,0	5 294,0	5 588	5 406	14 113	2,6	—	—	
Cumari	6 883,7	607	—	9,7	685,0	6 786	6 989	18 473	2,6	—	—	
Dianópolis	2 521,3	807	—	1,1	—	—	15 059	25 329	3,9	1,6	2 165,1	3 618
Edéia	12 707,13	482	—	1,5	—	—	965	3 809	7,5	—	—	
Fladópolis	888,6	062	—	6,8	414,0	3 031	1 192	9 021	1,3	—	—	
Firminópolis	13 548,23	632	3	1,7	4 516,0	7 877	6 817	9 481	7,5	—	—	
Fermosa	889,8	940	3	10,0	441,5	4 470	3 176	15 294	4,8	3 176,0	15 294	
Golandira	33 (9)	125943	12	3,8	2 757,5	10 486	7 109	6 887	0,9	954,0	5 331	
Goiás	4 482	15 478	2	3,4	2 260,0	7 759	1 908	10 663	5,5	—	—	
Goiatuba	1 019,5	701	—	5,1	—	—	8 511	10 213	1,1	—	—	
Guapó	1 146,6	521	1	5,6	1 146,0	6 321	7 773	29 582	3,8	—	—	
Hidrolândia	1 980,17	703	3	18,0	326,0	5 901	1 203	17 648	14,6	1 203,0	17 648	
Inhumas	6 240,21	991	8	3,5	775,0	2 749	22 367	15 026	0,6	11 535,5	7 513	
Ipameri	2 488,14	293	—	5,7	—	—	1 179	7 201	6,1	393,0	2 400	
Iporá	1 632,14	353	—	8,4	816,0	7 176	720	4 181	5,8	720,0	4 181	
Itaberá	11 759,6	533	—	0,5	—	—	969	6 021	6,2	969,0	6 021	
Itaguatins	18 081,21	236	—	1,1	—	—	—	—	—	—	—	
Itapaci	685,11	095	—	17,3	685,0	11 085	—	—	—	—	—	
Itauçu	4 178,24	833	5	5,8	855,6	4 866	—	—	—	—	—	
Itumbiara	5 106,37	249	3	7,4	1 608,6	12 416	—	—	—	—	—	
Jaraguá	28 350,32	153	3	1,1	9 350,0	10 718	—	—	—	—	—	
Jatá	619,7	159	—	11,5	—	—	—	—	—	—	—	
Leopoldo de Bulhões	10 900,19	875	—	1,8	3 633,0	6 625	—	—	—	—	—	
Luziânia	7 486,9	079	—	1,2	—	—	—	—	—	—	—	
Miracema do Norte	11 288,9	502	—	0,8	5 619,0	4 751	—	—	—	—	—	
Mineros	2 836,20	995	7	10,5	405,0	2 989	—	—	—	—	—	
Morrinhos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
<b>TOTAL</b>	<b>624 433,1</b>	<b>284 740</b>	<b>22</b>	<b>1,0</b>	<b>2 727,04</b>	<b>5 313</b>	<b>624 433,1</b>	<b>284 740</b>	<b>1,0</b>	<b>2 727,04</b>	<b>5 313</b>	

Fonte: RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE EM 1952 APRESENTADO AO EXMO. GOVERNADOR DE GOIÁS. Arquivos de Saúde Pública, ano II (08): 23-58, 1953.

## Anexo 04





## Anexo 05



**III CONGRESSO MÉDICO DO BRASIL CENTRAL E V DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
 "CONGRESSO DE UMA CLASSE EM BENEFÍCIO DA COLETIVIDADE"

**PATROCINADO PELA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIAZ**  
 EM GOIANIA DE 7 A 11 DE NOVEMBRO DE 1951

**TEMAS OFICIAIS**

- 1 - DOENÇA DE CHAGAS - Relator: Emanuel Dias - Comentaristas: Francisco Laranja e Olímpio da Silva Pinto.
- 2 - LEPRA NO BRASIL CENTRAL - Relator: Ernani Agrícola - Comentarista: Orestes Diniz.
- 3 - BÓCIO ENDÊMICO - Relator: Aulo Pinto Viegas - Comentarista: Alvino de Paula.
- 4 - MEGACOLON E MEGAESÔFAGO - Relator: Alípio Corrêa Netto - Comentarista: Daher Cutait.

Fonte: Arquivo da Associação Médica de Goiás – documentos avulsos/ Cartaz do III Congresso Médico do Brasil Central e Triângulo Mineiro

### Anexo 06

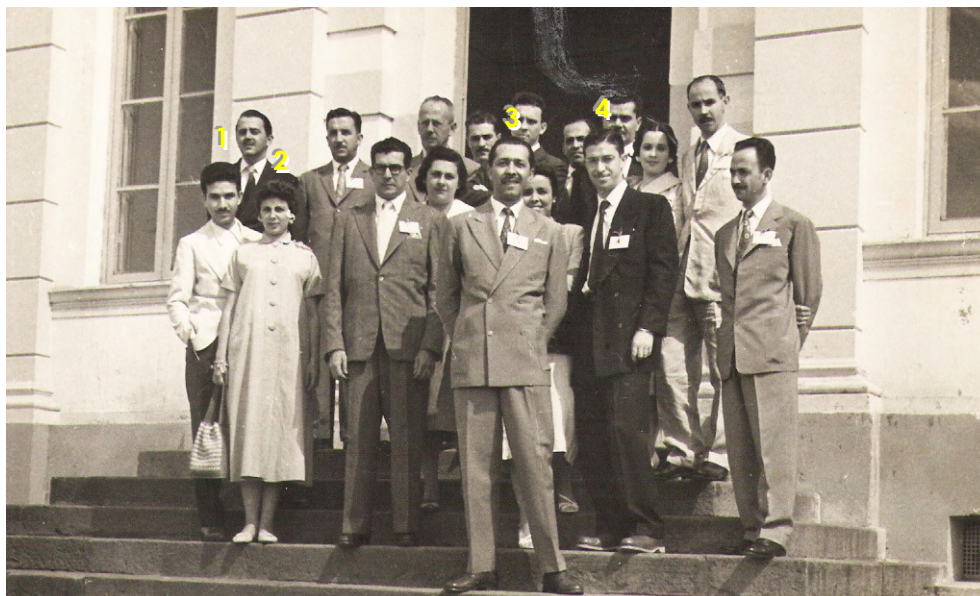


Acervo pessoal de Joffre Marcondes de Rezende/III CMBCTM: 1 – José Peixoto da Silveira; 2 e 3 – Luiz Rassi e esposa; 4 - Fernando Correia da Costa, governador de Mato Grosso; 5 - Pedro Moura.

### Anexo 07



Acervo pessoal de Joffre Marcondes de Rezende;/VII CMTMBC: 1 – Virgílio Mineiro; 2 – Joffre Marcondes de Rezende; 3 – Francisco Ludovico de Almeida Neto.

**Anexo 08**

Acervo pessoal de Joffre Marcondes de Rezende/ VIII CMTMBC: o grupo está reunido à frente da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. 1 e 2 - Anis Rassi com a esposa; 3 - Wilson Mendonça; 4 - Joffre Marcondes de Rezende

## Anexo 09

**IX Congresso Médico do Brasil Central e Triângulo Mineiro**

Secretaria Geral do Congresso: Av. Tocantins, Ed. da Secretaria da Saúde  
Caixa Postal 254 — Goiânia — Goiás

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

Nome *Dr. José Lima Pedreira de Freitas* .....

Títulos Profissionais *Professor Fac. Med. Ribeirão Preto* .....

Endereço: Rua *Pauldade de Medicina* n° ..... Apt° .....

Cidade *Ribeirão Preto* ..... Estado *I.P.* .....

Chegarei em Goiânia dia *5* às ..... horas, viajando de *Avião* .....

da Cia. *VAS P* ..... acompanhado de ..... pessoas.

Nome(s) do(s) acompanhante(s) .....

Apresentarei o(s) seguinte(s) trabalho(s) de minha autoria.

1. *Métodos de diagnóstico de laboratório da moléstia de Chagas (Condicionação para a Mesa Redonda)* .....
2. *para a Mesa Redonda* .....

e mais ..... em colaboração (citar também o(s) nome(s) do(s) colaborador(es))

1. ....
2. ....

**Observação:** Os títulos dos trabalhos deverão ser enviados à Secretaria do Congresso até 31 de Julho, sem o que não constarão do programa. Cada congressista terá direito a apresentar no máximo 2 trabalhos individuais e mais 2 dos quais seja colaborador.

**Acomodações desejadas no Hotel** (especificar o tipo de acomodação: apartamento para casal, apartamento para solteiro, quarto para uma pessoa, quarto para duas pessoas, etc). *Apartamento ou quarto para solteiro* .....

**Desejo participar também:**

a) - Da visita à Brasília .. *não* ..... sim/não

b) - Da excursão ao Rio Araguaia .. *não* ..... sim/não

Envio cheque bancário no valor de Cr\$ ..... para pagamento de .....

**Observação:** — O cheque deverá vir em nome de Rodovalho Mendes Domenici — rua 9, nº 7 — Goiânia.

## Anexo 10

VOL. 1 — JULHO - AGOSTO - SETEMBRO DE 1955 — N.º 1

# REVISTA GOIANA DE MEDICINA

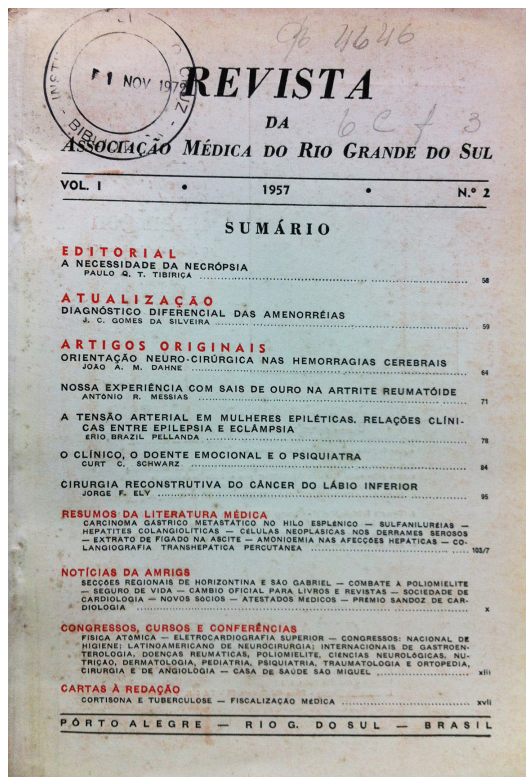
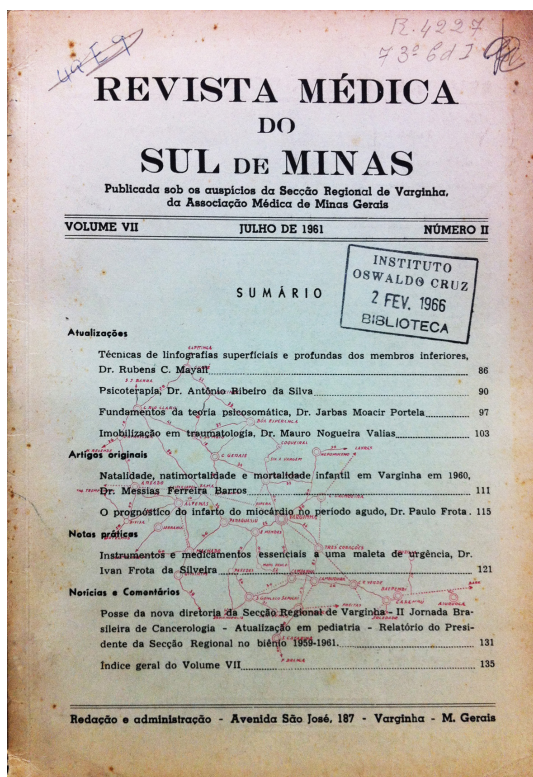
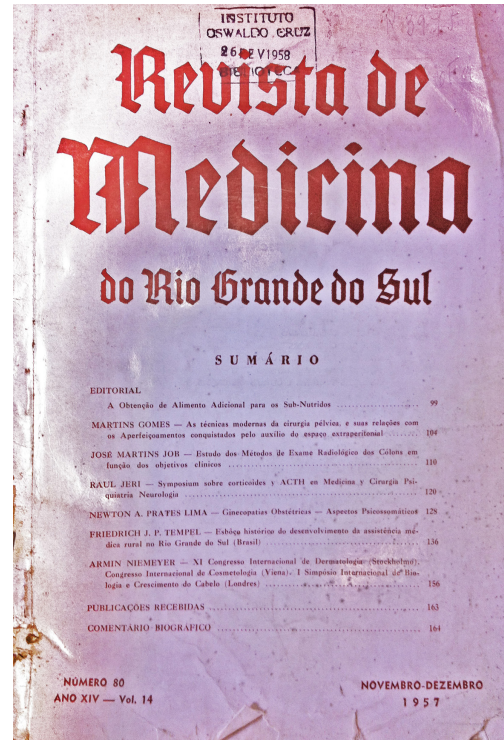
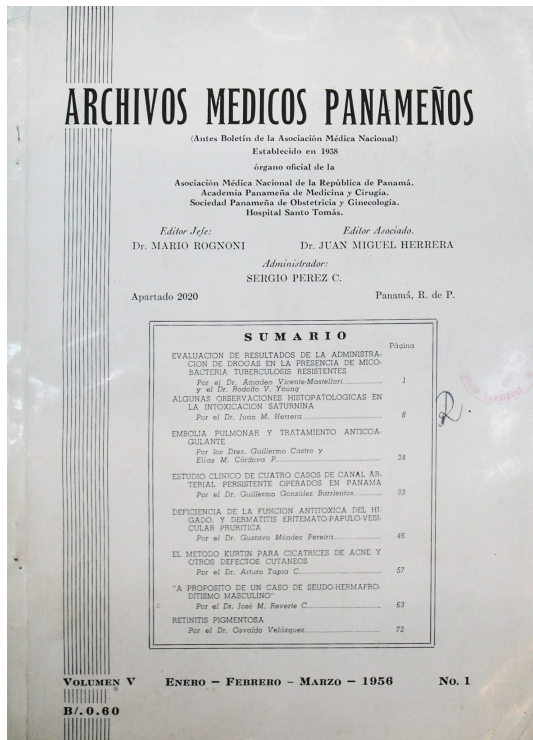
PUBLICADA PELA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS  
GOIÂNIA — GOIÁS  
BRASIL

---

## SUMÁRIO

	pé.
Editorial .....	1
Carta do prof. Alípio Corrêa Netto .....	2
ARTIGOS ORIGINAIS	
A Esquistossomose mansoni no Brasil Central — J. Rodrigues da Silva, Rio .....	3
Nova Técnica para cirurgia do megacolo — José Finocchiaro, São Paulo .....	9
Cirurgia das Oddites — Arnaldo Godoy de Souza, Uberlândia ..	21
Alguns aspectos sobre a terapêutica da asma brônquica — Jorge G. Dourado, Goiânia .....	25
Síndromes pós-gastrectomia e importância da prova funcional do aparelho digestivo — José Finocchiaro, São Paulo .....	39
Gastropatia chagásica crônica — Nota prévia — Calil Porto, Araguari .....	43
Da caudal contínua em obstetria — Lisandro Vieira da Paixão, Goiânia .....	55
NOTICIÁRIO	
Associação Médica de Goiás — Atividades científicas .....	61
A Associação Médica de Goiás e a Faculdade de Medicina .....	62
VII Congresso Médico do Triângulo Mineiro e Brasil Central ..	64
VII Congresso Brasileiro de Gastroenterologia .....	70
II Congresso Internacional de Alergia .....	71
8.ª Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetria .....	71
Resumos .....	73


## Anexo 11



Exemplos de capas de revistas médicas que circulavam, no Brasil e no exterior, no mesmo período que a RGM – todas possuem o sumário na capa, tal como a congênere goiana.

VOLUMEN 7 — MEDELLIN, FEBRERO DE 1957 — NUMERO 1

# ANTIOQUIA MEDICA



Dignatarios de la Academia de Medicina de Medellin para 1957 . . . . . 1

**TRABAJOS ORIGINALES**

Pólipos del Recto y de la Porción Distal del Colon. - Drs. Jorge Lega Siccar y Carlos Restrepo A. . . . . 2

Nemátodos Intestinales comunes de la Infancia. - Epidemiología, Sintomatología, Tratamiento y Prevención. - Dr. Ernest Carroll Faust . . . . . 21

agnóstico Bioquímico del Embarazo. - Dr. Hernán Zuleta C. . . . . 33

**ACTIVIDADES DE LA FACULTAD** . . . . . 43

**NOTICIAS** . . . . . 45

CATEDRA HISTOLOGIA BIBLIOTECA

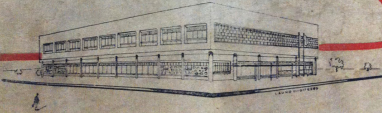
Armarío T. Tabla Volumen

arquivos da sociedade de medicina de alagoas

VOLUME XIV  
FASCICULO 1  
Julho de 1960

**TRABALHOS ORIGINAIS:**

- PROF. DR. LAGES FILHO — A doença de chagas em Alagoas . . . . . 3
- DR. EDSON PEREIRA MARTINS — Profilaxia da Esquistossomíase . . . . . 22
- NABUCO LOPES — Medicina e Pesquisa . . . . . 22



## TEXAS REPORTS ON BIOLOGY and MEDICINE

VOLUME 15, NO. 1 SPRING, 1957

	Page
The Problem of Auto-Antibodies: An Approach to a Theory, Pierre Grabar . . . . .	1
Influence of Sex Hormones on the Manifestations of Fat-Deficiency, Garner F. Klein, John C. Finerty, Theodore C. Panos, and Richard L. Wall . . . . .	17
The Ecology of Superficial Fungus Infections in Galveston, Texas: A Five Year Survey, Mary E. Pinkerton, J. Fred Mullins, and Edward M. Shapiro . . . . .	26
The Effect of Some Selected Antibiotics on Experimental Candidiasis, Mary E. Pinkerton and Marcel Patterson . . . . .	50
Proceedings of the Texas Branch of the Society of American Bacteriologists . . . . .	59
Polioencephalitis Complicated by Tuberculosis and Intratracheal Hemorrhage, Jerome O. Ravel . . . . .	69
Tyrosinase Activity in the Cellular Fractions of Harding-Passey Melanoma, C. H. Robertson, J. C. Bergendahl, and E. C. Adams . . . . .	78
Effect of Glutamine on IQ Scores of Mentally Deficient Children, Lorene L. Rogers and Richard B. Pelton . . . . .	84
Individual Prognosis, Fredric R. Stearns . . . . .	91
* * * * *	
<b>CANCER SYMPOSIUM</b>	
Introductory Remarks on Nucleic Acid Metabolism, Van R. Potter . . . . .	127
Nucleic Acid Synthesis in Regenerating Liver, Cyrus P. Barnum, Christine D. Jardtzyk and Franz Halberg . . . . .	134

[Contents Continued on Back Cover]

## REVISTA PAULISTA DE MEDICINA

PUBLICADA PELA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

VOLUME 46 JANEIRO DE 1955 NÚMERO 1

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA  
INVENTARIO DE SUAS ATIVIDADES

Introdução . . . . .	1
Dados evolutivos gerais . . . . .	3
Estruturação e organização atuais . . . . .	4
Directorias desde sua fundação . . . . .	8
Síntese social . . . . .	11
Sociedades Filiais e Seções Regionais . . . . .	15
Atividades no setor previdencial e assistencial . . . . .	22
Atividades no setor ético-econômico-profissional, Relações com a Associação Médica Brasileira, Relações com os Poderes Públicos Federal, Estadual e Municipal . . . . .	27
Atividades no setor científico-cultural:	
Departamentos Científicos . . . . .	41
Departamento de Cultura Geral . . . . .	54
Caravanas para intercâmbio científico . . . . .	55
Prêmios distribuídos . . . . .	59
Cursos de aperfeiçoamento e de especialização . . . . .	67
Bolsas de estudos . . . . .	70
Congressos . . . . .	72
Publicações . . . . .	75
Títulos de especialização, Listas dos especialistas já reconhecidos pela Associação Paulista de Medicina . . . . .	77
In Memoriam . . . . .	96

Redação e Administração: AV. BRIG. LUIS ANTONIO, 278 - C. Postal, 2103 - S. Paulo

## Anexo 12



Primeira capa da RGM após a modificação de sua estampa no primeiro trimestre de 1958.



## Anexo 13

### REVISTA GOIANA DE MEDICINA

Publicação trimestral da Associação Médica de Goiás

#### ASSINATURAS

Por Ano	
Brasil . . . . .	Cr\$ 150,00
Exterior . . . . .	Cr\$ 250,00
Número avulso . . . .	Cr\$ 40,00

#### ANÚNCIOS

Tabela de Preços — Por vez	
Página inteira . . . .	Cr\$ 1.500,00
1/2 página . . . . .	Cr\$ 1.000,00
Encarte . . . . .	Cr\$ 1.000,00
1/3 de página . . . .	Cr\$ 700,00

#### REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

Av. Tocantins — Edifício da Secretaria de Saúde

Caixa Postal, 254 — Goiânia

Estado de Goiás

Brasil

#### CONDIÇÕES DE PUBLICAÇÃO

Serão publicados, a critério do Conselho Científico da Revista, trabalhos originais e inéditos versando sobre ciências médicas em geral. Os trabalhos deverão vir datilografados em espaço duplo e de um só lado do papel, acompanhados de resumo em português. O resumo será vertido para o inglês pelo Autor ou pela Redação.

A Redação se reserva o direito de sugerir modificações no texto quando julgar conveniente e fazer pequenas alterações visando a correção da forma e da linguagem. Os originais, mesmo quando não publicados, não serão devolvidos.

Será adotada a ortografia oficial e as citações bibliográficas serão feitas no idioma original e de acordo com as normas aceitas pela Associação Médica Americana: nome do autor, título do artigo, nome do periódico, volume, página e ano. Quando se tratar de livro, a citação deverá mencionar a edição (se houver mais de uma), o editor, a localidade e o ano da impressão.

Os conceitos emitidos nos artigos serão de responsabilidade exclusiva dos respectivos autores.

As ilustrações deverão vir sob a forma de fotografias em papel brilhante, exceto os desenhos e gráficos, que deverão ser feitos a tinta nanquim. As legendas serão escritas em folha à parte, indicando-se no verso das ilustrações apenas a ordem a ser obedecida no texto. As despesas até 4 clichês correrão por conta da Revista.

Serão fornecidas gratuitamente 30 separatas. Maiores quantidades somente quando encomendadas previamente, correndo as despesas por conta do Autor.

São permitidas transcrições dos trabalhos publicados nesta Revista desde que se indique a origem.

Para citação usar a abreviatura REV. GOIANA MED.

ACEITAM-SE PERMUTAS COM PUBLICAÇÕES CONGÊNERES. SERÃO FEITOS RESUMOS E ANÁLISES DOS LIVROS E REVISTAS ENVIADOS A REDAÇÃO.

ON ACCEPTE DES ÉCHANGES AVEC LES PUBLICATIONS CONGÈNERES. ON FERA DES RESUMÉS ET DES ANALYSES DES LIVRES ET DES REVUES ENVOYÉS A NOTRE REDACTION.

EXCHANGE WITH SIMILAR PUBLICATIONS IS DESIRED. BOOKS AND JOURNALS SENT TO THE EDITOR WILL BE REVIEWED.

**Anexo 14**

ROYAL SOCIETY OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE,  
MANSON HOUSE,  
26 PORTLAND PLACE  
LONDON. W.1

27th January 1958

Dear Sir,

Thank you for your letter of 2nd January. We have already a very long list of "Exchanges" and our Library Committee do not wish to add to this at present, but thank you for your offer.

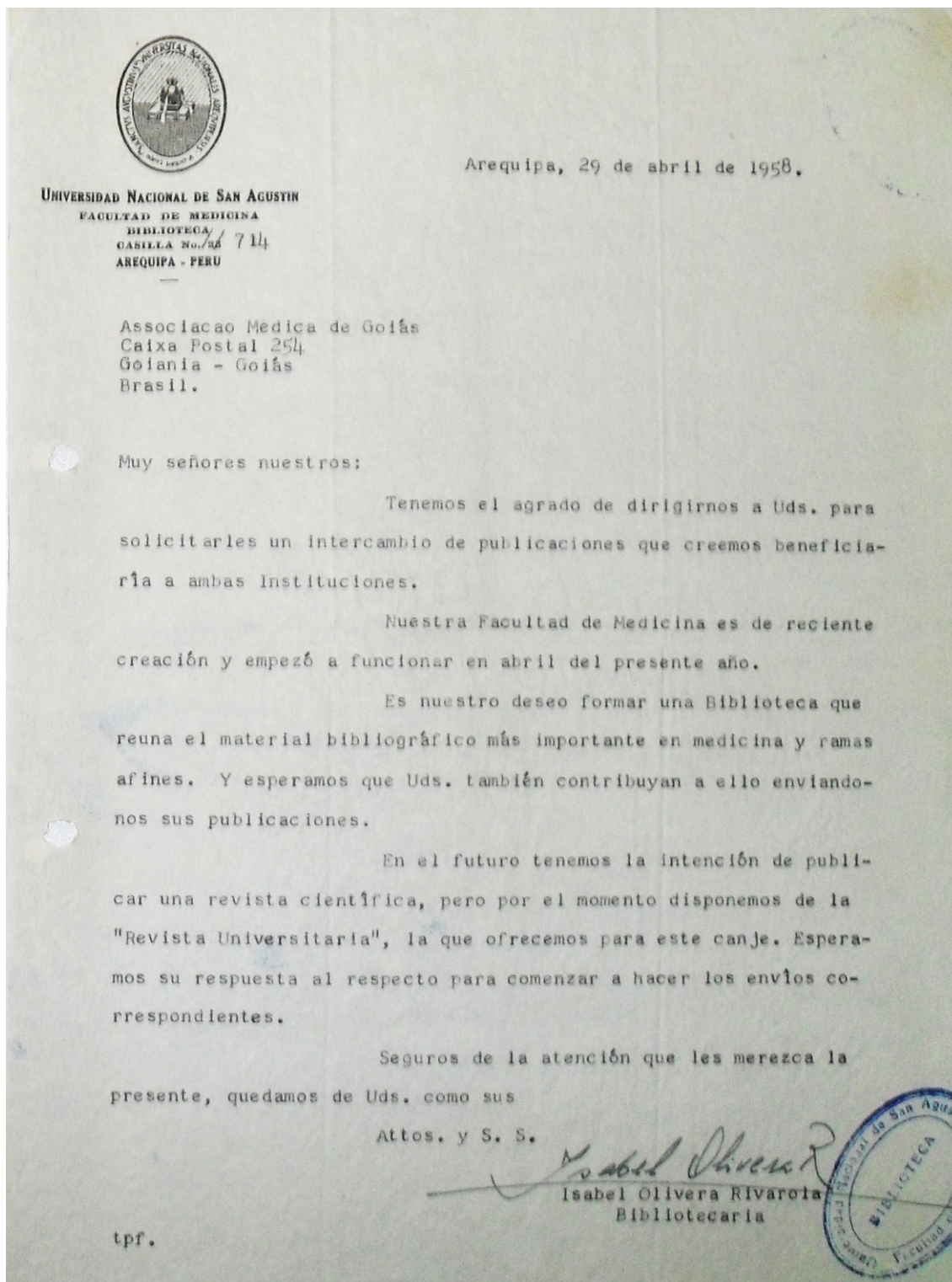
Our Transactions may be purchased by Universities and people who are not Fellows of the Society, for £3. 6. 0. per annum for six numbers. Fellows of the Society pay a subscription of £2. 10. 0d. which includes the Transactions.

Yours faithfully,

*Frank Hopper*  
Secretary


Dr Joffre M. de Rezende,  
Revista Goiana de Medicina,  
Goiás. Brazil

RGM/ Recebida em 27/01/1958 - remetida pela Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene (Acervo da Associação Médica de Goiás/ AMG).



RGM/ Recebida em 29/04/1958 – remetida pela Universidad Nacional de San Agustín (Acervo da AMG).

MINISTÈRE DE LA FRANCE D'OUTRE-MER



TEL. : SUF. 46-71 +  
 Adr. Télégr. : ORSTOM-PARIS

20, RUE MONSIEUR  
PARIS VII

MD/Doc/GR 894

PARIS, -4 MAI 1959

Monsieur l'Editeur  
 « Revista Goiana de Medicina »  
 Av. Tocantins - Edifício de Secretaria  
 de Saúde  
 Caixa Postal 254  
GOIÂNIA, Estado de Goiás  
 Brasil

Exmo Senhor,

Desejamos mencionar no "BULLETIN SIGNALÉTIQUE D'ENTOMOLOGIE MEDICALE ET VÉTÉRINAIRE" que editamos, os trabalhos publicados por o seu Organismo.

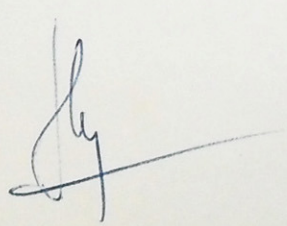
Mando a V. Ex<sup>a</sup> um exemplar do periodico cujo Autor è o D<sup>r</sup> HOUPEAU.

Tomo a liberdade de me dirigir a V. Ex<sup>a</sup> afim de que me informem si quiser trocar uma das suas publicações periodicas com o nosso Bulletin.

O preço da assinatura (ano 1959) è o seguinte : fr 3.000 em Francia - fr 4.500 no Estrangeiro.

Digne-se V. Ex<sup>a</sup> aceitar os protestos da minha consideração.

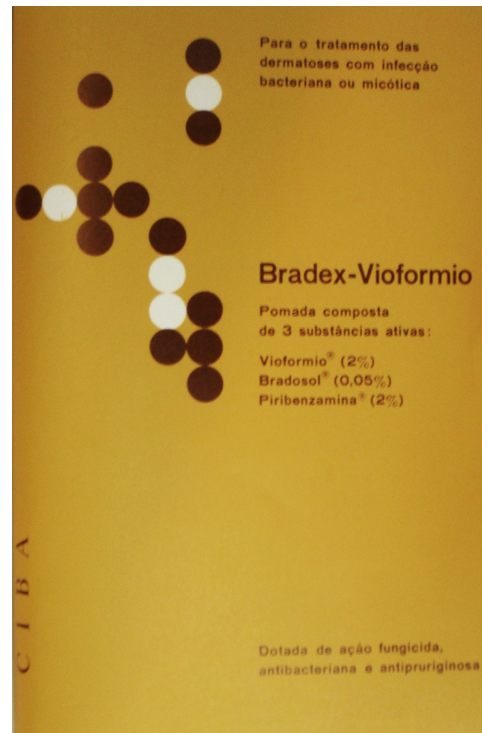
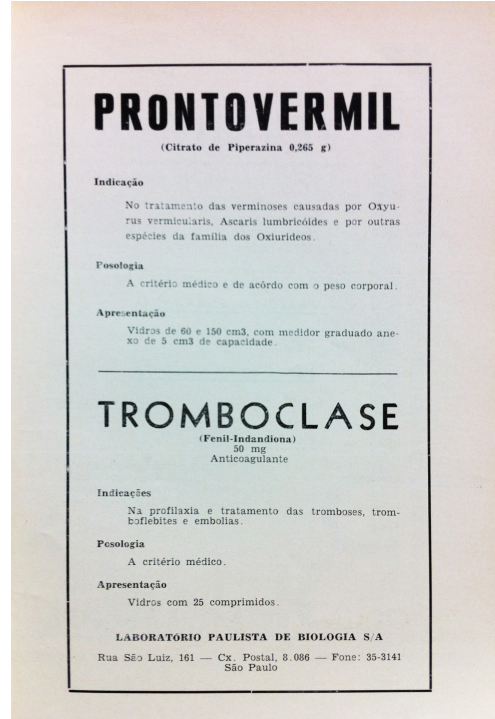
O Director do Office de la Recherche  
Scientifique et Technique Outre-Mer



N.B. — Toute la Correspondance doit être adressée impersonnellement à Monsieur le Directeur de l'Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer, 20, Rue Monsieur, PARIS (VII<sup>e</sup>).

RGM/ Recebida em 04/05/1959 – remetida pelo Diretor do O.R.S.T.O.M – Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer (Acervo da AMG)

Anexo 15



Propagandas variadas contidas na RGM (1955-1962).

*êles merecem o melhor:*

# Kalyamon<sup>B12</sup>

MARCA REGISTRADA

**FLÚOR**

**CÁLCIO**      **FÓSFORO**      **VITAMINA D<sub>3</sub>**  
**VITAMINA B<sub>12</sub>**

Suplementos essenciais que agem sinêrgicamente na infância, puberdade, gestação e lactação

**Johnson & Johnson**  
Divisão Farmacêutica

# Paraflex<sup>®</sup>

CLOROXALONA  
Relaxante específico da musculatura estriada

luxações  
entorses  
artrite  
reumatismo

Outros componentes da família Paraflex:  
**Paralon<sup>®</sup>**  
Paraflex + analgésico  
**Paralon com DEXAMETASONA**  
Paraflex + analgésico + antiinflamatório

**Johnson & Johnson**  
DIVISÃO FARMACÊUTICA

# NOVO!

**NO NOME  
NA FORMULA  
NA EMBALAGEM  
NOS EFEITOS**

**SEPTABION**  
NASAL

**FÓRMULA**

Cloridrato de Nafazolina	.....1 mg
Ácido paracetílico	.....5 mg
Sulfato de Neomicina	.....5 mg
Cloridr. de N-propil-N-benzil-dimetilamônio dihidrato	.....1 mg
Clorbutolol	.....5 mg
Sol. tampoadora catiônica (pH 6)	.....1 cm <sup>3</sup>

**MODO DE USAR**

Ação antialérgica e anti-inflamatória - 2 a 3 vezes ao dia.  
Ação antisséptica e descongestionante - 3 vezes ao dia.  
Nos rinites e sinusites - de hora em hora ou a critério médico.

**INDICAÇÕES**

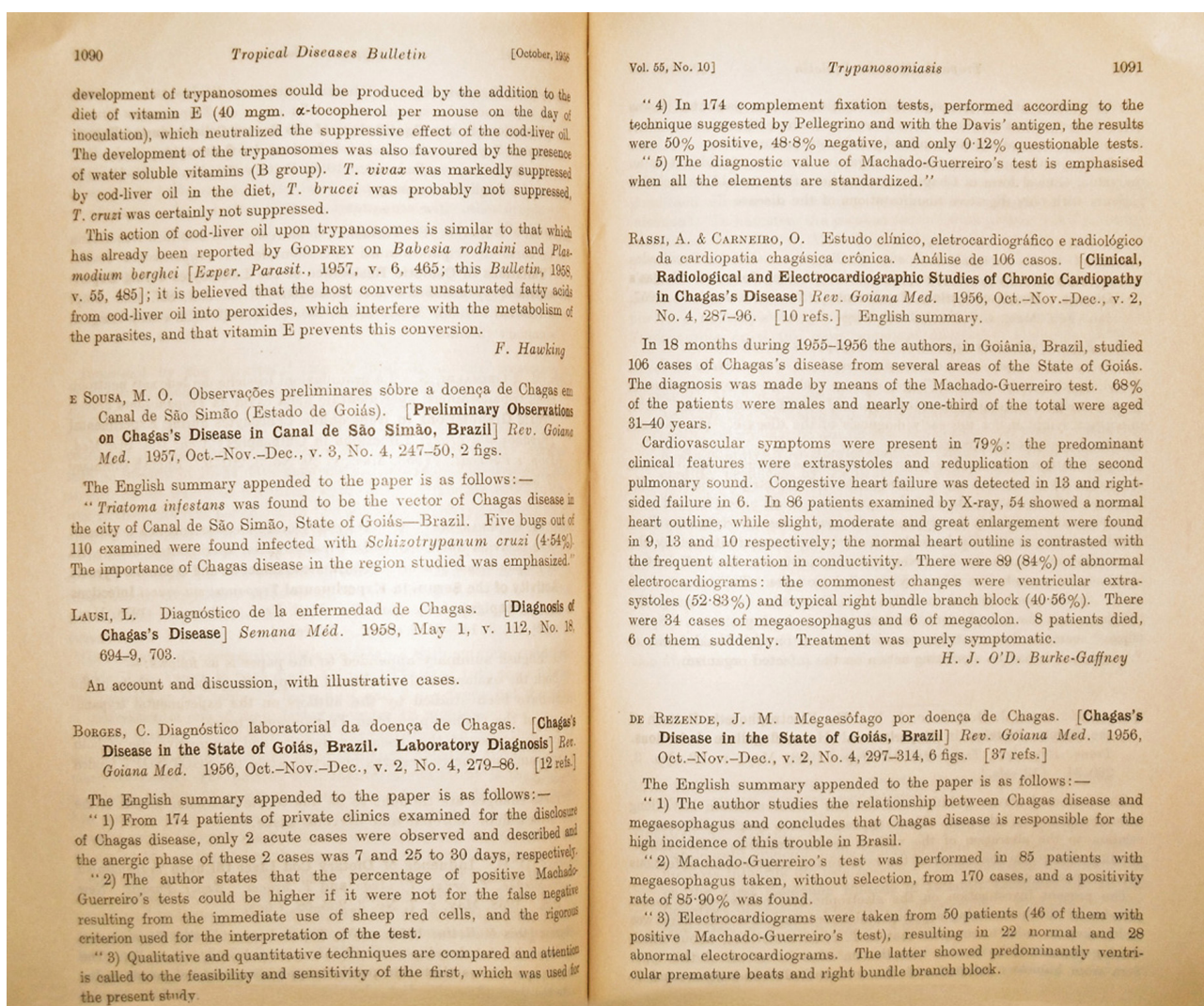
Congestão nasal de origem alérgica ou inflamatória e nos rinites e sinusites

TRADIÇÃO DESDE 1955

**INSTITUTO MARTINHO GUIMARÃES**  
INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA  
LEOPOLDINA (M. G.)

Propagandas variadas contidas na RGM (1955-1962).

## Anexo 16



"4) Looking at the geographic distribution of the patients, it was found that the bulk of them came from areas where the triatomid bugs showed high natural infection index by *Schizotrypanum cruzi*.

"5) The author proposes that the digestive form be considered as an individual clinical form of Chagas disease where there would be included patients with only digestive manifestations of the disease."

RIBEIRO, I. B. Forma aguda da doença de Chagas em Ceres. Resultados de diversos tratamentos empregados. [Acute Form of Chagas's Disease. Result of Various Treatments] *Rev. Goiana Med.* 1957, Jan.-Feb.-Mar., v. 3, No. 1, 3-20, 6 figs. [10 refs.]

The English summary appended to the paper is as follows:—

"The author refers to his observations made in Ceres, State of Goiás, Brazil, on the acute form of Chagas disease and the various treatments he has tried. He emphasises the value of the Romaña's sign as an important symptom for the early diagnosis of the disease. He presents 6 acute cases of benign course.

"As treatment he used experimentally oxytetracycline in 3 cases, pyretotherapy in one and oxy or tetracycline + 'Spirotripan' in two. He observed a steady attenuation of the symptoms in all cases treated with oxytetracycline, probably by trypanosomostatic action of oxytetracycline, the diminishing of the bipalpebral oedema being a constant fact by the second day of treatment. However, the drug proved to be inefficient to eradicate the parasites, as shown by parasitologic tests. The cases treated with 'Spirotripan' showed negative xenodiagnostic tests during the treatment but the complement fixation test remained positive. 'Spirotripan' seems to have a trypanosomicide action on the blood forms of *T. cruzi*, but it had no sterilizing action on the infected organism."

SENECA, H., SANG, J. B. & TROC, A. K. The Electrophoretic Pattern of the Serum Proteins in Experimental Haemoflagellate Infections. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.* 1958, May, v. 52, No. 3, 230-34. [13 refs.]

The increased serum globulin and lowered serum albumin have long been recognized in kala azar. There appears to be a species difference in relation to the alteration of the various serum fractions. The corresponding changes in the serum of the host during trypanosome infections are not so well known.

The present investigation on the electrophoretic behaviour of serum proteins of the host during experimental haemoflagellate infections was undertaken in order to compare that in *T. cruzi* infections, about which nothing appears to be known, with that in other infections of this type. Sera from hamsters infected with *L. donovani*, *T. rhodesiense* and *T.*

*gambiense*, and sera from guineapigs, rats and mice infected with *T. rhodesiense*, were used. The sera from dba mice infected with *T. cruzi* were also used. Electrophoretic studies were made in the Tiselius apparatus, model 38.

The electrophoretic patterns of the sera of normal animals used are given and also those obtaining during different stages of the various infections. In hamsters the greatest fall in serum protein occurred during leishmania infection. Albumin was generally reduced and alpha globulins raised to varying degree in the different infections, and the value for beta and gamma globulins varied in direction and amount. The authors suggest that "Apparently *Leishmania donovani* is the most primitive member, the African trypanosomes the connecting link, and *Trypanosoma cruzi* the most advanced member of haemoflagellates".

J. D. Fulton

TORRES, C. M., GONÇALVES, N. B., TAVARES, B. M. & GONÇALVES, F. L. Ação da N<sub>1</sub>-Sulfanilil-N<sub>2</sub>-n-Butilcarbamida (BZ 55) sobre a miocardite intersticial produzida pelo *Schizotrypanum cruzi*. [Action of N<sub>1</sub>-Sulphanilyl-N<sub>2</sub>-n-Butylcarbamide (BZ55) in Interstitial Myocarditis produced by *Trypanosoma cruzi*] *Anais Acad. Brasileira de Ciências.* 1957, Dec. 31, v. 29, No. 4, 557-60, 6 figs. on 2 pls.

The English summary appended to the paper is as follows:—

"Interstitial myocarditis induced in Swiss albino mice by Y strain of *Schizotrypanum cruzi* is favorably influenced by oral administration of N<sub>1</sub>-sulfanilil-N<sub>2</sub>-n-butylcarbamide (BZ55), (12.5-25 mg per male Swiss albino mouse).

"Previous experience revealed that the reading of the results should be done 14-17 days after inoculation when the natural capacity of reversion of the interstitial myocarditis is less marked."

#### LEISHMANIASIS

In this section abstracts are arranged as far as possible in the following order:—visceral, cutaneous, muco-cutaneous.

GHERMAN, I., ZAHARIA, C. A., BIRZU, I., POPESCU, G. & TIHEREANU, E. Considerații epidemiologice asupra primului episod epidemic de leishmanioza infantilă din țara noastră. [Epidemiological Considerations on the First Epidemic Episode of Infantile Leishmaniasis in this Country] *Microbiol., Parazitol. și Epidemiol.* Bucharest. 1957, Nov.-Dec., v. 2, No. 6, 556-60, 4 plans.

A description is given of a focus of infantile leishmaniasis in the Craiova region of Rumania in which 24 cases occurred, the distribution



## DERMATOLOGY AND FUNGUS DISEASES

ATAD, A. & BRASIL, G. Incidência do pénfigo foliáceo no Estado de Goiás. [Incidence of Pemphigus Foliaceus in the State of Goiás, Brazil] *Rev. Goiana Med.* 1957, Oct.-Nov.-Dec., v. 3, No. 4, 251-6, 1 fig.

The English summary appended to the paper is as follows:—

"The authors present the incidence and geographical distribution of Pemphigus foliaceus in the State of Goiás, Brazil, based on the study of 239 cases of Pemphigus admitted to the Hospital of Pemphigus of Goiania, from October, 1952 to July, 1957. The etiology and treatment used are briefly discussed."

OBERMAN, J. W. & GILBERT, ERID F. The Toxicity of 2-Hydroxystilbamidine: Probable Fatal Toxic Reaction during Treatment of Blastomycosis. *Ann. Intern. Med.* 1958, June, v. 48, No. 6, 1401-14, 5 figs. [30 refs.]

"A fatal case is reported of North American blastomycosis in a seven-year-old Negro female, whose death is attributed to toxicity resulting from treatment with 2-hydroxystilbamidine. The literature concerning the toxicity of stilbamidine and 2-hydroxystilbamidine is reviewed. Death in this patient is believed to have occurred as a result of acute hepatic failure. A plea is made for strict adherence to the recommendation that periodic studies of hepatic and renal function be performed during the administration of 2-hydroxystilbamidine."

i. MACKINNON, J. E., SANJINES, A. & ARTAGAVEYTTIA-ALLENDE, R. C. Quimioterapia de la blastomycosis sudamericana. Ensayo "in vitro" de cuatro diamidinas aromáticas, dos sulfamidas, una sulfona y un antihistamínico. Ensayo clínico de la diamidinodifenilamina. [Chemotherapy of South American Blastomycosis. In vitro Assay of Four Aromatic Diamidines, Two Sulphonamides, One Sulphone and One Antihistaminic. Clinical Assay of Diamidinodiphenylamine] *An. Facul. de Med. Montevideo.* 1957, Sept.-Oct.-Nov.-Dec., v. 42, Nos. 5/6, 131-42. [25 refs.] English summary.

ii. ———, ARTAGAVEYTTIA-ALLENDE, R. C. & GARCIA-ZORRON, Noemi. Diamidinodifenilamina y coccidiodomicosis experimental. [Diamidinodiphenylamine and Experimental Coccidiodomycosis] *Ibid.* 196-8. English summary.

i. Hitherto, sulphonamides have proved to be the only specific treatment for South American blastomycosis, and even with their use treatment requires to be prolonged and relapses are common.

The authors, in Montevideo, studied the effectiveness *in vitro* of 4 aromatic diamidines (stilbamidine, hydroxystilbamidine, aminostilbamidine isethionates and diamidinodiphenylamine dihydrochloride), 2 sulphonamides (sulphathiazole and sulphadiazine), an antihistaminic (diphenhydramine), and a sulphone (DDS).

Diamidinodiphenylamine dihydrochloride [M & B 938] was the most effective and it inhibited 6 strains of *Paracoccidioides brasiliensis* completely in concentrations between 2 and 5  $\mu\text{gm.}$  per ml. The other 3 diamidines were less effective: 200  $\mu\text{gm.}/\text{ml.}$  of stilbamidine did not produce total inhibition.

The antihistaminic produced partial inhibition in concentrations of 20-50  $\mu\text{gm.}/\text{ml.}$  and total inhibition in 100 to 200  $\mu\text{gm.}/\text{ml.}$  It did not potentiate the action of M & B 938.

The sulphonamides were partially inhibitory in concentrations of 20 to 50  $\mu\text{gm.}/\text{ml.}$ , but total inhibition was not achieved with 150  $\mu\text{gm.}/\text{ml.}$  Total inhibition was produced by DDS [dapson] in concentrations of 50 to 100  $\mu\text{gm.}/\text{ml.}$

The tests were carried out on 1% glucose agar, Sabouraud's agar, Krainsky's medium with asparagine, or combinations of these. 20% of horse serum was added to the medium with the drugs. Results, which are tabulated, were read after 10 days at 30°C.

A man of 49 with old pulmonary lesions of South American blastomycosis and recent oropharyngeal lesions was given 150 mgm. of M & B 938 daily by the intravenous route, after tolerance had been established by graded doses at 10 to 75 mgm. The dose of 150 mgm. was given for 2 weeks and repeated after a rest period of 17 days: the total dose given was 4 gm. 50 mgm. of diphenhydramine (Benadryl) was given by mouth an hour or two before the diamidine. After 5 weeks the ulcerating and granulomatous lesions of the oropharynx had healed and a month later the exudative lesions of the lung had mostly disappeared: fibrotic, irreversible lesions persisted.

Further trials of diamidinodiphenylamine in this disease are suggested.

ii. This paper supplements a previous paper by the authors [this *Bulletin*, 1958, v. 55, 578]. The techniques were similar. In these studies, 14 untreated mice died with intense lung lesions in 13 to 70 days. Of 16 treated mice, 6 died in 20-70 days, 3 with lung lesions and 2 of these with brain lesions in addition. The 10 survivors were killed on the 71st day. All showed numerous miliary lesions of the lungs and empty spherules of the fungus. *C. immitis* could be cultivated from the lungs of 4 of the survivors and from the brains of 3 of these. It could not be cultivated from these organs of 6 mice in which the infection had been eradicated.

Evidently the fungus was unaffected by the drug when it was localized in the brain, but was sensitive when it was in the lung.

H. J. O'D. Burke-Gaffney