

Endemias rurais e desenvolvimento: saúde e interpretações sociais no II Congresso Médico do Nordeste Brasileiro (1953)

Natália Abreu Damasceno¹

Rafaela da Rocha Santos²

Luiz Alves Araújo Neto³

Resumo: Este trabalho examina o debate sobre o quadro de endemias rurais no Nordeste do Brasil presente nos Anais do II Congresso Médico do Nordeste Brasileiro, realizado em 1953. Mediante uma análise qualitativa das falas dos participantes do evento, investigamos as relações estabelecidas entre a saúde das populações rurais nordestinas e o ideal de desenvolvimento econômico predominante ao longo do segundo Governo Vargas, bem como a construção social de uma percepção da região enquanto fronteira da modernização brasileira a ser gerida pelo Estado.

Palavras-chave: II Congresso Médico do Nordeste; Saúde Pública; Desenvolvimento econômico.

¹ Doutora em História pelo Programa de Pós Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8972795630011253>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0808-5953>. E-mail: abreunatalia00@gmail.com.

² Graduada em História pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7314685847192034> Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-4566-091X>. Email: rafaela44915000@gmail.com.

³ Doutor em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1620593926536388>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7965-2957>. Email: luiz.alves@fiocruz.br.

Endemias rurais e desenvolvimento: saúde e interpretações sociais no II
Congresso Médico do Nordeste Brasileiro (1953)

DAMASCENO, N. A.

SANTOS, R. S.

NETO, L. A. A.

Rural Endemic Diseases and Development: Health and Social Interpretations at the II Medical Congress of Northeastern Brazil (1953)

Abstract: This paper examines the debate over rural endemics in the Northeast of Brazil as presented in the proceedings of the Second Medical Congress of the Brazilian Northeast, held in 1953. Through a qualitative analysis of the speeches delivered by the event's participants, we investigate the connections established between the health of rural populations in the Northeast and the dominant ideal of economic development during the Second Vargas Administration, as well as the social construction of a perception of the region as a frontier of Brazilian modernization to be managed by the State.

Keywords: II Congresso Médico do Nordeste; Public Health; Economic development.

Introdução

Nos dias 2 a 5 de julho de 1953, foi realizado no Ceará o *II Congresso Médico do Nordeste Brasileiro* junto à 7ª Reunião Anual do Centro Médico Cearense. Organizado e patrocinado pelo Centro Médico Cearense, o evento reuniu representantes de diversos estados da região e autoridades do governo federal, com o intuito de discutir questões relacionadas às endemias no Nordeste do Brasil, entre outros assuntos como o ensino médico no país, os problemas da assistência médico-hospitalar aos indigentes e a assistência à maternidade e à infância¹. A realização desse congresso regional se deu através da parceria entre diferentes associações médicas de estados do Nordeste e contou com o apoio da Associação Médica Brasileira. O evento contou com a participação de atores do campo médico e político com papel importante no estudo e execução de estratégias voltadas à melhoria das condições de saúde da população.

Os *Anais do II Congresso Médico do Nordeste Brasileiro* – daqui em diante chamado de *II Congresso* – indicam que o certame articulou preocupações referentes à incidência de doenças endêmicas rurais e ao cenário sanitário do Nordeste do Brasil a pressupostos e pautas em voga na medicina brasileira de meados do século XX, bem como propostas de agendas coletivas em um contexto no qual a promoção do desenvolvimento e da modernização nacional estavam na ordem do dia. Este artigo analisa os enunciados científicos e discursos políticos apresentados no *II Congresso*, destacando suas conexões com os debates sobre desenvolvimento e condições de saúde. Partindo da clássica observação de Shapin e Schaffer^{II} de que soluções de problemas de ordem científica são também soluções de problemas da ordem social, argumentamos que os anais do evento são indicativos da formulação de interpretações sociais sobre o Nordeste pautadas por diagnósticos quanto às endemias rurais e leituras sobre desenvolvimento.

Em meados do século XX, a configuração dos congressos médicos era razoavelmente distinta à atual, sobretudo quanto ao delineamento de diferenças entre as esferas política e técnica. A rigor, o grau de especialização da medicina e as expectativas quanto à participação dos médicos na esfera pública conformava outra performance em congressos. Além disso, o cenário do pós-Segunda Guerra Mundial foi indutor de eventos que enquadravam a medicina frente a problemas sociais e sanitários candentes, caso do Congresso Brasileiro de Problemas Médicos e Sociais de Após Guerra, realizado em 1948, e do *I Congresso Brasileiro de Médicos Católicos*, realizado em 1946^{III}. No caso do II Congresso estudado aqui, a compreensão da complexidade dos pressupostos e do sentido político dos diagnósticos e soluções propostas para a saúde pública das populações nordestinas requer uma contextualização mais ampla. É necessário situar tais estudos e discursos no âmbito das políticas de cooperação internacional no início da Guerra Fria e das elaborações sobre desenvolvimento dentro e fora do Brasil.

Neste artigo, dialogamos com as discussões propostas por Arthuro Escobar (1995) e Gilbert Rist (2008), que enfatizam a necessidade de desnaturalizar a noção de desenvolvimento, evidenciando as relações de poder a ela subjacentes no contexto global do pós-guerra. Já o trabalho de André Vieira de Campos (2006), associado a uma bibliografia complementar que analisa o nacional-desenvolvimentismo durante o segundo Governo Vargas, foram importantes para entendermos de que maneira a saúde se constituiu como um pilar importante do projeto varguista de integração nacional e desenvolvimento do Brasil. Após o cotejamento desses materiais com as fontes, buscamos observar de que maneira as discussões sobre a saúde das populações nordestinas em pauta no II Congresso expressam essa relação entre saúde e desenvolvimento em voga nos anos de 1950.

Os anais do evento em questão esboçam um diagnóstico do Nordeste brasileiro sustentado por *experts*: um lugar marcado por graves quadros de doenças para as quais o desenvolvimento seria a cura e a falta de desenvolvimento seria a causa. O intercâmbio de conhecimentos e experiências na região evidenciava um cenário de descaso governamental, de desigualdade com relação aos centros urbanos e de fragilidade socioeconômica. Tais relatos corroboraram com a construção de uma percepção sobre a zona rural brasileira enquanto um gargalo para o desenvolvimento do país.

O artigo é dividido em duas seções. Na primeira, apresentamos um panorama contextual do segundo governo de Getúlio Vargas, aproximando-o de dois pontos sensíveis à análise do II Congresso: os debates sobre desenvolvimento e o cenário geopolítico da Guerra Fria. A segunda seção, por sua vez, analisa as discussões realizadas durante o II Congresso, destacando as interpretações sociais produzidas e mobilizadas pelos participantes acerca do Nordeste brasileiro. Este artigo é derivado de pesquisa de conclusão do curso de graduação em História da Universidade Federal de Sergipe que discutiu as relações entre necropolítica, endemias rurais e desenvolvimento no Nordeste através dos anais do II Congresso^{IV}.

Desenvolvimento e saúde no Segundo Governo Vargas: debates intelectuais e desenhos institucionais

No início da década de 1950, o segundo governo de Vargas (1951-1954) foi caracterizado por reformas institucionais e por intensos debates sobre a promoção do desenvolvimento econômico no Brasil. Na agenda varguista, a modernização brasileira passava pelo protagonismo estatal e pela atração de investimentos públicos e privados nas áreas da agricultura, transportes, geração de energia, educação e saúde pública. Nesse contexto de planejamento

econômico para alavancar os processos de urbanização e industrialização do Brasil, a ciência e o poder público brasileiros manifestaram notória preocupação com os agravantes quadros das endemias rurais^v. Essas enfermidades, que afligiam importantes parcelas da classe trabalhadora do país, eram vistas como um obstáculo significativo à produtividade do Brasil. Portanto, o combate a essas doenças, consideradas elemento chave nas discussões sobre o desenvolvimento econômico, se tornou uma estratégia governamental para promover a integração nacional e impulsionar o progresso brasileiro^{vi}.

Durante seu mandato democrático, Vargas buscou implementar políticas de fortalecimento da infraestrutura e de construção de um Estado nacional forte, que integrasse o vasto território brasileiro à revelia do domínio das oligarquias locais. Foi um período de intensos debates e disputas por um legítimo projeto de desenvolvimento para o Brasil^{vii}. O projeto de desenvolvimentismo varguista teve forte influência das ideias de Raúl Prebisch e Celso Furtado, que defendiam a busca pela autonomia nacional e um processo de industrialização arbitrado pelo Estado^{viii}. Segundo essa perspectiva, o Estado brasileiro seria o protagonista do desenvolvimento nacional não apenas no sentido macroeconômico, mas também na burocratização, normatização, profissionalização e centralização de políticas voltadas para a intervenção nos índices socioeconômicos da população^{ix}.

Nesse sentido, Campos entende que durante o Segundo Governo Vargas as políticas sanitárias e de saúde pública foram instrumentos de fortalecimento do poder da União e de expansão da autoridade pública. O contato do Estado com os “povos dos sertões” fazia parte da idealização de uma cidadania brasileira plenamente integrada à nacionalidade. Assim, médicos sanitaristas e especialistas em saúde desempenhariam um papel fundamental no processo de desenvolvimento econômico a partir da realização de pesquisas sobre doenças tropicais e de campanhas de vacinação, de combate às endemias, e de educação

das populações rurais. Tal esforço institucional de integração se materializou na ampliação da infraestrutura sanitária, com foco no combate a doenças endêmicas nas regiões Norte e Nordeste.

A ênfase do projeto varguista na promoção do desenvolvimento brasileiro esteve estreitamente interligada a um debate global sobre (sub)desenvolvimento que teve ampla circulação após a Segunda Guerra Mundial. De acordo com Gilbert Rist, o fim dos anos de 1940 inaugurou a “era do desenvolvimento”, isto é, um período em que as nações industrializadas do Ocidente passaram a exportar de maneira sistemática modelos de desenvolvimento para países periféricos. Por meio de programas internacionais de assistência, financiados tanto pela *Organização das Nações Unidas* – ONU, quanto pelos Estados Unidos, práticas e discursos sobre a realidade social firmavam referências ocidentais para se pensar os problemas do “atraso” do então chamado “Terceiro Mundo”. Grupos filantrópicos, cientistas sociais, economistas, médicos, educadores e experts de diversas áreas do conhecimento institucionalizado promoveram um fluxo de discussões que gravitavam em torno da questão de como se tornar um país desenvolvido^x.

Nas mais variadas respostas a essa questão, a saúde das populações periféricas passou a ser concebida como um marcador importante do desenvolvimento de uma nação. Ora, se o modelo de desenvolvimento capitalista ocidental preconizava que o aumento da produção, seja ela agrícola ou industrial, era o motor inicial para o crescimento econômico, era preciso garantir que os trabalhadores fossem produtivos. Nessa perspectiva, pessoas adoecidas ou comunidades com altos índices de mortalidade eram percebidas como obstáculos para um alto fluxo de produção. Para Escobar, à época do pós-guerra: “não apenas a pobreza, mas a saúde, educação, higiene, emprego e a baixa qualidade de vida em cidades maiores e menores foram construídas como

problemas sociais que requeriam conhecimento extensivo sobre a população e formas apropriadas de planejamento social.”^{xi}

Dessa maneira, a intervenção sistemática em contextos de vulnerabilidade social se colocava como uma nova demanda do capitalismo da Guerra Fria com a chancela do discurso científico.

Os muitos diagnósticos e soluções propostas para países como o Brasil foram ao encontro de anseios e disputas domésticas por projetos de desenvolvimento. O discurso proferido por Getúlio Vargas na mensagem ao Congresso Nacional do ano de 1951 deu ênfase a ações voltadas ao desenvolvimentismo nacionalista, visando promover o crescimento econômico do país, baseado na integração ao mercado internacional e nas demandas internas e externas para a melhoria das condições de vida da população^{xii}. Sobre esse último aspecto, Vargas via as atividades assistenciais estrangeiras de assistência técnica voltadas à melhoria das condições de vida, especialmente no que diz respeito à saúde, como fundamentais para a solução definitiva do desenvolvimento econômico geral^{xiii}.

Dessa forma, iniciativas de prevenção a doenças, como a organização de congressos médicos, apoiados pelo Ministério da Educação e Saúde (MES), foram implementadas com o intuito de tratar questões relacionadas ao combate às endemias nas diversas regiões do país. Essas ações contribuíram para a formulação de novas abordagens e discursos sanitaristas voltados para o controle das enfermidades e para a melhoria das condições de saúde^{xiv}. Na teia de disputas políticas do Segundo Governo Vargas, seguindo o fluxo de debates sobre saúde global e cooperação internacional, a saúde foi promovida a elemento central para o avanço econômico do país. Tamara Rangel Vieira assevera que:

A relevância que as atividades sanitárias e o combate às doenças adquiriu então no Brasil coaduna-se com uma lógica que se consolidou internacionalmente durante a

Guerra: a da importância da saúde como fator de desenvolvimento. Nessa conjuntura os inseticidas, as vacinas e os antibióticos foram alguns dos produtos que contribuíram para o clima de 'otimismo sanitário' que marcou o período. Diante das perspectivas promissoras de solução para incontáveis doenças, a exemplo da malária e da febre amarela, duas das maiores preocupações do governo brasileiro, esse clima repercutiu em toda a sociedade^{xv}.

As medidas sanitárias aprovadas no início da década de 1950, durante o Segundo Governo Vargas, com o objetivo de combater as endemias, eram apresentadas como soluções salvadoras para o Nordeste. A organização de campanhas de profilaxia rural, o combate a agentes transmissores de doenças – como mosquitos, ratos e vermes –, a organização de estruturas sanitárias capazes de fornecer assistência à população em regiões rurais, entre outras medidas, estiveram no escopo das políticas de saúde promovidas nos anos 1950^{xvi}.

A instituição do Ministério da Saúde configura-se como um marco na trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil. O desmembramento do Ministério da Educação e Saúde no ano de 1953, resultando na criação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação como departamentos independentes, reforça essa argumentação ao permitir uma gestão mais especializada e eficiente das políticas públicas em cada área. Em um contexto no qual diferentes partidos políticos passaram a se integrar em debates relacionados a questões de saúde como forma de controle e disputa do setor, verificou-se uma intensa mobilização em defesa da criação do Ministério da Saúde, tanto na Assembleia Constituinte quanto na Comissão de Saúde da Câmara Federal^{xvii}.

No que diz respeito ao impacto da criação do Ministério da Saúde sobre a atenção às endemias rurais, Hamilton sustenta que:

Reeditando as argumentações do movimento pelo saneamento rural das décadas de 1910 e 1920, médicos e

sanitaristas indicavam que as condições precárias de saúde da maioria da população, ainda concentrada na área rural, aliadas ao subdesenvolvimento e à pobreza poderiam ser superadas com a criação de um ministério. Este deveria ser comandado por um especialista na área e contar com maiores recursos orçamentários para promover as políticas sanitárias^{xviii}.

Entretanto, apesar da mobilização política e institucional, os anais do II Congresso atestam uma realidade de negligência governamental e descaso com a saúde das populações rurais da região. Os índices apresentados no evento não apenas desafiavam o otimismo dos discursos oficiais do desenvolvimento, como também sedimentavam estereótipos e justificavam políticas de austeridade na saúde pública, elaboradas à revelia das reais demandas da população.

Condições sanitárias e interpretações sociais no II Congresso Médico do Nordeste Brasileiro (1953)

A realização do II Congresso Médico do Nordeste Brasileiro, em 1953, juntamente com a VII Reunião Anual do Centro Médico Cearense possuía diferentes significados simbólicos, políticos e institucionais. Entre eles estava, certamente, um conjunto de reivindicações de médicos da região Nordeste de reconhecimento da produção intelectual e da atuação profissional do campo médico nesses estados, bem como uma noção de que o diagnóstico dos problemas sanitários locais poderia ser elaborado pela medicina de cada estado. Por sua vez, havia também em esforço de operacionalização da categoria Nordeste como um aglutinador de propostas para o enfrentamento das endemias rurais, consideradas entraves fundamentais ao desenvolvimento regional.

Desde a Primeira República, a demarcação da região Nordeste como parte dos “sertões” do Brasil foi responsável pela produção de interpretações sociais que

articulavam o impacto de endemias na população local. Médicos sanitaristas como Arthur Neiva e Belisário Penna relataram durante viagem ao interior do país no ano de 1912, mais especificamente à região Nordeste “um sertão completamente abandonado pelo poder público, isolado com relação ao litoral e assolado pela pobreza e por incontáveis doenças”^{xix}. Em oposição ao litoral, o interior do país é caracterizado como uma região inóspita e isolada, configurando uma paisagem que contrastava com a dinâmica urbana e com a modernização das cidades litorâneas.

As discussões do evento se concentraram nas principais doenças que acometiam a população da região no início da década de 1950. Essas patologias, frequentemente associadas a condições socioeconômicas precárias, destacaram-se como desafios sanitários para a época e demandaram medidas para mitigar suas consequências. Entre as doenças na agenda de saúde pública, ressalta-se as *helminoses*, com ênfase na ancilostomose e na esquistossomose, além de agravos como a amebíase, a boubá, a doença de Chagas, a *leishmaniose* e o tracoma.

Nas décadas de 1930 a 1950, diversas regiões do Nordeste apresentavam altas prevalências de *helminoses*, esquistossomose e outras doenças infecciosas, especialmente em áreas rurais. No Maranhão, a *ancilostomose* era alarmante, com índices de 94,3% entre escolares, reflexo da falta de políticas eficazes de saneamento^{xx}. O Piauí apresentava índices variáveis de *ancilostomose* (inferiores a 70% nas zonas do agreste e sertão), enquanto a infestação por *helminos* atingia 99% no litoral. O Ceará, embora apresentasse índices baixos de esquistossomose, registrava 25,2% de *ancilostomídeos* em exames laboratoriais, com destaque para o viés amostral por nível socioeconômico^{xxi}. No Rio Grande do Norte, nenhuma região superou 50% de infestação por *ancilostomídeos*, contrastando com Pernambuco e Alagoas, onde a esquistossomose atingia índices alarmantes de

até 86,9% em locais como Gameleira e 43% em São Miguel dos Campos, respectivamente^{xxii}. A Paraíba também enfrentava altos índices de esquistossomose nas zonas do litoral, mata e brejo.

Além das *helminoses*, outras doenças infecciosas afetavam a população do Nordeste, como a amebíase, que apresentava taxa de positividade de 10,1% em exames no Ceará. A boubá, doença bacteriana, acometia especialmente trabalhadores agrícolas, com foco nas áreas de cultivo de cana-de-açúcar. A *leishmaniose*, tanto tegumentar quanto visceral, incidia particularmente nas populações mais pobres e vulneráveis, sendo registrados 257 casos entre 1940 e 1953 no Ceará, com concentração na Serra de Baturité^{xxiii}. O tracoma, enfermidade ocular, tinha origem no final do século XVIII e foi disseminado por fluxos migratórios, apresentando índices alarmantes de 83% em escolas rurais no Ceará, muito acima dos 63,7% nas escolas municipais. Esses dados ilustram a complexidade epidemiológica da região e ressaltam a urgência de políticas públicas de controle e prevenção.

Na leitura dos participantes do II Congresso, as migrações internas ocorridas no Brasil nas décadas de 1940 e 1950, motivadas por fatores econômicos e pelos períodos de seca, desempenharam um papel central na dispersão das doenças infecciosas do Nordeste para outras regiões do país. Muitos trabalhadores rurais, em busca de melhores condições de vida, deslocaram-se para áreas urbanas da Região Sudeste, levando consigo enfermidades como esquistossomose e *ancilostomose*. Esse deslocamento populacional provocou preocupação entre as elites médicas locais, que passaram a ver esses migrantes como potenciais transmissores de doenças. Em São Paulo, por exemplo, discussões sobre “como evitar que os migrantes possam disseminar a esquistossomose” foram realizadas em simpósios médicos, e medidas de contenção como cinturões de segurança sanitária foram propostas^{xxiv}. Esse cenário evidenciou uma postura discriminatória

contra os migrantes, responsabilizando-os pelo avanço das endemias nos grandes centros urbanos.

A vulnerabilidade econômica desses trabalhadores acentuava sua condição de risco. Sem recursos financeiros suficientes, muitos deles não conseguiam arcar com os custos de tratamentos médicos ou de medicamentos eficazes, permanecendo expostos às doenças e à precariedade sanitária. O médico Paulo de Melo Machado expressou de forma contundente essa realidade ao afirmar:

Se lançarmos os olhos sobre o que se tem feito nesse setor, entretanto, verificaremos que, se o Poder Público resolveu "em princípio" arcar com a responsabilidade, na prática constataremos que o Estado fugiu sempre aqueles deveres, ora de maneira total, ora parcialmente, de acordo com as conveniências políticas ou com o grau de consciência das massas desassistidas. A inércia do Estado, nesse setor, foi até certo ponto facilitada pelo alto espírito de caridade cristã de nosso povo, que se fez florescer, em todos os recontas da Pátria, estabelecimentos tipo SANTA CASA e mais creches, asilos, e um sem-número de instituições filantrópicas, destinadas aos mais variados fins^{xxv}.

A fala de Machado sugere uma negligência do poder público, que, ao longo desse período, teria sido omissa na implementação de medidas de saúde pública voltadas aos migrantes pobres. Com isso, a assistência médico-hospitalar ficou restrita a ações de caridade e iniciativas pontuais de organizações religiosas ou filantrópicas. Tal omissão estatal teria perpetuado o ciclo de pobreza e adoecimento, ao mesmo tempo em que eximiu o governo de suas responsabilidades constitucionais, relegando aos migrantes o peso da marginalização social e sanitária.

O diagnóstico de abandono estatal e de suas repercussões nas condições de saúde da população está presente na semântica do campo da saúde brasileiro

desde a Primeira República, bem representado no discurso de Miguel Pereira, no qual sintetizou que o país seria um “imenso hospital”, e pela atuação do movimento sanitarista^{xxvi}. Duas diferenças fundamentais podem ser apontadas na interpretação elaborada pelos participantes do II Congresso: 1) o uso de dados estatísticos e epidemiológicos para a elaboração do diagnóstico de omissão estatal, ressaltando a incidência de doenças endêmicas específicas em cada estado analisado; e 2) a incorporação da gramática do desenvolvimento para compreender o processo de abandono do Estado, indicando que o conceito de desenvolvimento e seu par subdesenvolvimento produziram outros enquadramentos a debates sobre saúde e condições sociais.

Em termos contextuais, é importante sublinhar as diferenças entre o lugar da saúde na Primeira República e no segundo governo de Getúlio Vargas. Enquanto no início do século a organização do Estado brasileiro, principalmente em virtude da estruturação do federalismo, dificultava a criação e a efetiva atuação de aparatos públicos no campo da saúde^{xxvii}, em 1953, a lógica governamental era de um Estado com protagonismo político e indutor do desenvolvimento. Nesse sentido, um cenário de omissão estatal com regiões específicas aponta limites ou mesmo contradições do projeto de integração nacional e desenvolvimento que orientava o governo varguista.

A negligência sanitária registrada nos anais pode ser compreendida como uma expressão de violência política, na qual o abandono de indivíduos e comunidades afetadas por doenças como esquistossomose, doença de Chagas e outras endemias não apenas se naturalizou, como também foi, em certa medida, legitimado pela omissão persistente do Estado. Essa postura negligente foi apoiada na atuação de instituições filantrópicas presentes na região Nordeste, que acabavam por assumir funções que deveriam ser de responsabilidades pública^{xxviii}. Em um cenário em que o cuidado à saúde não era uma obrigação

estatal e se segmentava entre a saúde pública para as regiões rurais e a medicina previdenciária para os trabalhadores urbanos, a filantropia teve atuação fundamental na atenção à população pobre das zonas urbanas, construindo hospitais e asilos gerais e para doenças específicas, como a tuberculose^{xxix}.

Embora não tenhamos mapeado as repercussões das discussões e propostas elaboradas durante o II Congresso em cada contexto local, há indícios de que o debate sobre saúde e desenvolvimento na região Nordeste a partir de enunciados e dados produzidos por atores e instituições locais ganhou força nas décadas seguintes, principalmente a partir da criação da *Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste* (SUDENE). Em 1967, a SUDENE realizou o “Seminário sobre a Problemática de Saúde no Nordeste”, em Garanhuns, Pernambuco. Este evento retomava e aprofundava a discussão sobre a necessidade de “mais Estado” para a melhoria das condições sanitárias na região^{xxx}. A permanência de uma percepção mais ampla sobre a ausência da ação estatal e seus impactos nas condições de saúde da população do Nordeste é indicativa da dimensão estrutural de uma negligência, com repercussões importantes nas atuais configurações epidemiológicas e sanitárias da região.

Considerações

Este artigo analisou os discursos e debates travados no *II Congresso Médico do Nordeste Brasileiro* (1953), destacando como o evento funcionou como arena para a articulação entre saúde, endemias rurais e desenvolvimento nacional no contexto do Segundo Governo Vargas. Os dados apresentados e as interpretações sociais formuladas pelos médicos e especialistas do período revelaram como as doenças endêmicas eram percebidas como barreiras ao progresso econômico e à integração nacional. Ao utilizar estatísticas epidemiológicas e análises sociais, os participantes do Congresso reforçaram a ideia de que o combate às endemias era

condição necessária para o avanço da modernização brasileira, ressaltando a importância da saúde pública como instrumento do projeto desenvolvimentista.

Indicamos que a ênfase no desenvolvimento, característica do contexto pós-Segunda Guerra Mundial, exerceu forte influência sobre as discussões em torno da saúde no Nordeste. O diagnóstico das doenças endêmicas foi acompanhado por interpretações que naturalizavam a associação entre pobreza, atraso e enfermidade, estigmatizando a população rural e migrante como obstáculo à modernização do país. Ao mesmo tempo, o discurso oficial de Vargas, baseado na centralização estatal e no nacional-desenvolvimentismo, convergiu com a percepção dos especialistas de que o Estado deveria ser o principal agente de transformação, ainda que as ações concretas de combate às endemias revelassem limites significativos na sua implementação.

Assim, o II Congresso Médico do Nordeste Brasileiro não apenas refletiu as preocupações sanitárias da época, mas também se constituiu em um espaço de produção de saberes e estratégias que articularam ciência, medicina e política em torno da agenda desenvolvimentista. Ao reafirmar o papel do Estado como protagonista no enfrentamento das doenças endêmicas e na promoção do desenvolvimento, o evento reforçou a gravidade do diagnóstico de um abandono ou negligência estatal.

Notas

^I JUAÇABA, Haroldo. "Editorial". **Anais do Segundo Congresso Médico do Nordeste Brasileiro**. Fortaleza: s.e., 1953, p. XI-XII.

^{II} SHAPIN, Steven; SCHAFFER, Simon. **Leviathan and the air-pump**: Hobbes, Boyle and the experimental life. Cambridge: Harvard University Press, 1985.

^{III} ARAÚJO NETO, Luiz Alves. **O problema do câncer no Ceará**: cancerologia, controle do câncer e a atividade coletiva da medicina. Rio de Janeiro, Editora Multifoco, 2018.

^{IV} SANTOS, Rafaela da Rocha. **"A luta contra as endemias não se faz com medidas isoladas"**: necropolítica, saúde e desenvolvimento no Segundo Congresso Médico do

Nordeste Brasileiro (1953). Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2025.

^v KROPF, Simone Petraglia. A Doença de Chagas em tempos de desenvolvimento (1951–1962). In: KROPF, Simone Petraglia. **Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909–1962**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 465–515.

^{vi} FAÉ, Rogério. O discurso desenvolvimentista no segundo governo Getúlio Vargas. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 1–18, abr./jun. 2013.

^{vii} D'ARAUJO, Maria Celina Soares. **O Segundo Governo Vargas (1951–1954): democracia, partidos e crise política**. 2 ed. São Paulo: Ática, 1992.

^{viii} FAÉ, Op. Cit., 2013.

^{ix} CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942–1960**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

^x ESCOBAR, Arturo. **Encountering development: the making and the unmaking of the Third World**. Princeton: Princeton University Press, 1995.

^{xi} Ibidem, p. 23.

^{xii} FAÉ, Op. Cit., 2013.

^{xiii} VARGAS, Getúlio. **Discurso pronunciado ao ser empossado, perante o Congresso Nacional**. Brasília: Biblioteca do Senado Federal, 1951.

^{xiv} Ibidem.

^{xv} VIEIRA, Tamara R. 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, v. 16, supl. 1, p. 289–312, jul. 2009, p. 289.

^{xvi} HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, jul. 2009.

^{xvii} HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791–825, set./dez. 2003.

^{xviii} Ibidem.

^{xix} VIEIRA, Op. Cit., 2009.

^{xx} SILVA, Renato; HOCHMAN, Gilberto. Um método chamado Pinotti: sal medicamentoso, malária e saúde internacional (1952–1960). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 519–543, abr./jun. 2011.

^{xxi} ALENCAR, Joaquim. “Endemias do Nordeste brasileiro”. **Anais do Segundo Congresso Médico do Nordeste Brasileiro**. Fortaleza: s.e., 1953, p. 3–42.

^{xxii} Ibidem.

^{xxiii} Ibidem.

^{xxiv} NÓBREGA, Humberto. “Helmintoses no Nordeste”. **Anais do Segundo Congresso Médico do Nordeste Brasileiro**. Fortaleza: s.e., 1953, p. 59–106.

^{xxv} MACHADO, Paulo de Melo. "Problema de Assistência Médico-Hospitalar ao Indigente no Nordeste". **Anais do Segundo Congresso Médico do Nordeste Brasileiro**. Fortaleza: s.e., 1953, 107-120.

^{xxvi} HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

^{xxvii} *Ibidem*.

^{xxviii} MACHADO, *Op. Cit.*, 1953.

^{xxix} SANGLARD, Gisele. **Entre os Salões e o Laboratório**: Guilherme Guinle, a ciência e a saúde no Rio de Janeiro, 1920-1940. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

^{xxx} SUDENE. **SEMINÁRIO SOBRE A PROBLEMÁTICA DE SAÚDE NO NORDESTE**. Garanhuns, 1967. Recife, SUDENE — Departamento de Recursos Humanos, 1967.

Referências

ANAIIS do 2º Congresso Médico do Nordeste Brasileiro (7ª Reunião Anual do CMC). Fortaleza, 1953.

ARAÚJO NETO, Luiz Alves. **O problema do câncer no Ceará: cancerologia, controle do câncer e a atividade coletiva da medicina**. Rio de Janeiro, Editora Multifoco, 2018.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas**: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

D'ARAUJO, Maria Celina Soares. **O Segundo Governo Vargas (1951-1954)**: democracia, partidos e crise política. 2 ed. São Paulo: Ática, 1992.

ESCOBAR, Arturo. **Encountering development**: the making and the unmaking of the Third World. Princeton: Princeton University Press, 1995.

FAÉ, Rogério. O discurso desenvolvimentista no segundo governo Getúlio Vargas. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 1-18, abr./jun. 2013.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, set./dez. 2003.

HOCHMAN, Gilberto. "O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, jul. 2009.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

KROPF, Simone Petraglia. A Doença de Chagas em tempos de desenvolvimento (1951-1962). In: KROPF, Simone Petraglia. **Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 465-515.

LIMA, Nísia Trindade; 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** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; CCBB, 1996. p. 23-40.

RIST, Gilbert. **The History of Development: from Western origins to global faith**. Londres & Nova York: Zed Books, 2008.

SANGLARD, Gisele. **Entre os Salões e o Laboratório: Guilherme Guinle, a ciência e a saúde no Rio de Janeiro, 1920-1940**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SANTOS, Rafaela da Rocha. **"A luta contra as endemias não se faz com medidas isoladas": necropolítica, saúde e desenvolvimento no Segundo Congresso Médico do Nordeste Brasileiro (1953)**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2025.

SILVA, Renato; HOCHMAN, Gilberto. Um método chamado Pinotti: sal medicamentoso, malária e saúde internacional (1952-1960). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 519-543, abr./jun. 2011.

SHAPIN, Steven; SCHAFER, Simon. **Leviathan and the air-pump: Hobbes, Boyle and the experimental life**. Cambridge: Harvard University Press, 1985.

SUDENE. **SEMINÁRIO SOBRE A PROBLEMÁTICA DE SAÚDE NO NORDESTE**. Garanhuns, 1967. Recife, SUDENE – Departamento de Recursos Humanos, 1967.

VIEIRA, Tamara R. 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, v. 16, supl. 1, p. 289-312, jul. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000500014>.

Recebido: 15/07/2025

Aprovado: 30/08/2025

Publicado: 19/11/2025